

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N° 253

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marie-Claude BRACHET

31 Mai 1930, à Lyon

Présentée et soutenue publiquement le

19

**PROBLÈMES SOULEVÉS
PAR L'HOSPITALISME
DANS LES SERVICES D'ENFANTS**

Président : M. LELONG, Professeur

IMPRIMERIE G. DELAUNAY
CLERMONT-FERRAND
1959

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marie-Claude BRACHET

31 Mai 1930, à Lyon

Présentée et soutenue publiquement le

19

**PROBLÈMES SOULEVÉS
PAR L'HOSPITALISME
DANS LES SERVICES D'ENFANTS**

Président : M. LELONG, Professeur



IMPRIMERIE G. DELAUNAY
CLERMONT-FERRAND

1959

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

Anatomie		MM.
Anatomie pathologique		CORDIER (G.)
Anesthésiologie		DEJARUE (A.)
Bactériologie		BAUMANN (J.)
Biochimie médicale		FASQUELLE (R.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		JAYLE (M.F.)
Biologie médicale		CHAILLEY-BERT (P.)
Cancérologie médicale et sociale		FAUVERT (R.)
Clinique carcinologique		BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie		REDON (H.)
		MOUQUIN (M.)
	Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	Cochin	QUENU (J.)
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDARD-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale		LAMY (M.)
Clinique gynécologique		FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
	Bichat	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	Broussais	DE GENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIEU (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		
Clinique de neuro-chirurgie		BOULIN (R.)
	Baudelocque	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Port-Royal	LACOMME (M.)
	Tarnier	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique		LANTUEJOUL (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie Sociale		AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-ptisiologie		MARIE (J.)
Clinique psychiatrique infantile		BERNARD (E.)
Clinique de puériculture		MICHAUX (L.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale		LELONG (M.)
Clinique stomatologique		COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale		SENEQUE (J.)
Clinique urologique		LEMAIRE (A.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)		FEY (B.)
Embryologie		DJOURNO (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		GIROUD (A.)
Histologie		SOULIE (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance		VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive		TURPIN (R.)
		JOANNON (C.)

Médecine légale
Médecine du Travail
Parasitologie
Pathologie chirurgicale
Pathologie exotique
Pathologie expérimentale et comparée
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)
Pathologie médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pharmacologie et matière médicale
Physiologie
Physique médicale
Radiologie médicale
Technique chirurgicale
Thérapeutique

MM.
PIEDELIEVRE (R.)
DESOILLE (H.)
GAILLIARD (H.)
COUVELAIRE (R.)
LAVIER (G.)
LENEGRE (J.)
MERKLEN (F.)
DECOURT (J.)
GARCIN (J.)
CHEYMOL (J.)
BINET (L.)
DOGNON (A.)
DESCREZ (H.)
PATEL (J.)
BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.), pr. s. ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (N ^{me} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	N... N... HAUDUROY (P.) pr. s. ch. (dét.) NEVOT (A.) pr. s. ch.
Bactériologie	CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) BARBIER (P.) ETTORI (J.) pr. s. ch. (dét.) DESGREZ (P.) pr. s. ch.
Biochimie médicale	OLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (G.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Carcinologie	N... N...
Dermato.Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	N...
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	N... N... COUJARD (R.) pr. s. ch.
Histologie	N... N...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. DEPARIS (M.) pr. s. ch.
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) pr. s. ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Obstétrique	BREGEAT (P.) DESVIGNES (P.)
Ophthalmologie	JUDET (R.)
Orthopédie	AUBRY (M.) MADURO (R.)
Oto-rhino-laryngologie	BRUMPT (L. C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.) RUDLER (J.) pr. s. ch. (dét.) ABOULKER (P.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J. M.) N... N... LÉPER (J.) MAURICE (P.) HAUENAU (J.), pr. s. ch. BOUDIN (G.) BOUVIER (J. B.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MACREZ (Cl.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N... N...
Pathologie expérimentale	JOSEPH (R.) MOZZIGONACCI (P.) OLONOVSKY (Cl.)
Pathologie médicale	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch. N... BARJETON (D.), pr. s. ch. PARROT (J.) pr. s. ch. DEJOURS (P.) GOUGEROT (L.) N...
Pédiatrie	KREIS (B.) PICHOT (P.)
Pharmacologie	N...
Physiologie	N...
Physique médicale	DELBARRE (F.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) CHASAGNE (P.) PERRAULT (M.) KUSS (R.)
Pneumo-Phtisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale ..	{	AMELINE (A.)	Clinique neurologique .. DE SEZE (S.)
		HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale .. MAYER (M.)
		LEGER (L.)	Clinique ophtalmologiq. OFFRET (G.)
		PADOVANI (P.)	Clinique pédiatrique .. LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{	ROUX (M.)	Clinique psychiatrique. . BARUK (H.)
		DREYFUS (Gilbert)	
		KOURILSKY (R.)	

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.)
	LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de reconnaissance et
d'affection.*

A M. LE DOCTEUR P. ARNOUX

Chevalier de la Légion d'honneur.

In memoriam.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR MARCEL LELONG,

Professeur de Clinique de Puériculture

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Officier de la Légion d'honneur.

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Nous le prions d'agréer l'expression de notre respect.

A NOTRE JURY DE THÈSE.

A M. LE PROFESSEUR WILLEMIN CLOG,

Professeur de Clinique Médicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand,
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Qu'il veuille bien accepter l'expression de
notre reconnaissance pour son enseignement
et pour l'exemple qu'il nous a donné pendant
nos années d'externat passées dans son service.*

A. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MENUT,

Agrégé de Pédiatrie et de Puériculture,
Médecin des Hôpitaux de Clermont-Ferrand.

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Nous le remercions vivement d'avoir bien
voulu nous aider au cours de son élaboration.*

AUX MAÎTRES DES HÔPITAUX DE CLERMONT-FERRAND
dont nous avons été l'externe.

M. LE PROFESSEUR BERNARD-GRIFFITHS,
Professeur de Clinique Médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier des Palmes académiques.

*Qu'il soit remercié de la bienveillance
qu'il nous a toujours témoignée.*

M. LE DOCTEUR GRIVEAUD,
Chargé de cours de Clinique dermatologique,
Médecin dermatologiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Il fut notre premier maître.

*Qu'il veuille bien recevoir l'expression de
notre gratitude pour ses conseils, sa profonde
humanité et pour l'accueil qu'il nous a tou-
jours réservé.*

M. LE PROFESSEUR POMMÉ,
Agréé du Val-de-Grâce,
Professeur de Clinique neuro-psychiatrique,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Médaille militaire.

*Nous gardons le souvenir de son accueil
bienveillant pour ses externes et de sa sym-
pathie à l'égard de ses malades.*

M. LE PROFESSEUR TERRASSE,
Professeur de Clinique Médicale,
Officier de l'Instruction publique,
Croix de guerre.

*Comme externe, nous avons admiré l'or-
ganisation de son service. Qu'il veuille rece-
voir l'expression de notre reconnaissance.*

M. LE DOCTEUR ACHARD,
Médecin dermatologiste des Hôpitaux.

M. LE PROFESSEUR GRAS,
Professeur de thérapeutique médicale,
Agrégré de Médecine Générale,
Médecin des Hôpitaux de Clermont-Ferrand.

Avec notre reconnaissance.

MADemoiselle LE DOCTEUR DUBOIS,
Médecin Assistant des Hôpitaux.

Avec notre fidèle amitié.

INTRODUCTION

Le petit Astyanax dont la présence est si émouvante dans la scène d'adieux de son père, est une des rares silhouettes enfantines qui apparaissent dans la littérature de l'Antiquité ; et encore n'est-il pas évoqué pour lui-même mais il est utilisé comme ressort dramatique pour mettre en valeur l'amour maternel de sa mère.

Les moralistes, eux, sont sensibles à l'inachèvement de l'enfant et l'opposent à la maturité de l'adulte. L'enfant ne les intéresse qu'en fonction de son devenir.

La même attitude de désintérêt vis-à-vis de l'enfant se retrouve dans les arts plastiques : le petit esclave endormi à la porte de la maison de son maître, l'enfant à l'oie et Astyanax pour les décors de céramique sont presque les seules œuvres qui nous soient parvenues sur ce sujet.

Plus tard, le thème de l'enfant n'est guère plus fréquent et vu en général sous un angle poétique : qu'il suffise d'évoquer Léopoldine Hugo ou le petit Eros. Quand par hasard un philosophe s'intéresse à l'éducation, c'est à un « élève imaginaire » qu'il pense, bien plutôt qu'à un enfant réel.

Si l'on oppose à ces faits l'actuelle littérature concernant l'enfance on comprend la révolution qui s'est opérée à l'égard de l'enfant : au ressort dramatique, aux promesses d'avenir, au thème poétique s'est substitué un intérêt direct.

Pendant longtemps les pédiatres ont consacré leurs soins aux problèmes proprement médicaux posés par l'enfance. Ils se sont appliqués d'abord à faire diminuer la mortalité infantile due aux infections de crèche; SPITZ (46) donne un aperçu de ce qu'était cette mortalité infantile : on notait au début du siècle dans une des grandes maisons de l'Assistance Publique en Allemagne une mortalité de 71,5 % chez les enfants au cours de la première année de leur vie.

En 1915 : CHAPIN citait dix asiles dans les plus grandes villes des Etats-Unis où la mortalité infantile variait de 31,7 % à 75 % entre la naissance et la fin de la deuxième année.

La même année le Docteur KNOX, de Baltimore, montrait que, dans les établissements de cette ville, 90 % des enfants mouraient avant la fin de leur première année.

Le Docteur SHAW fit remarquer qu'à l'hôpital de l'Ile de Randall la mortalité infantile était probablement de 100 %.

Actuellement — nous dit SPITZ — les meilleurs établissements américains comme l'hôpital Bellevue à New-York enregistrent un taux de mortalité infantile inférieur à 10 % qui peut être très favorablement comparé avec la mortalité infantile du reste du pays.

On comprend alors que la lutte contre la mortalité infantile ait absorbé tous les efforts des médecins. Ce problème résolu, un autre est apparu, celui des troubles affectifs que peuvent entraîner des hospitalisations prolongées ou mal organisées. Le terme de « marasme hospitalier » appliqué à ces enfants apathiques qui séjournent longtemps dans les hôpitaux est évocateur.

Le développement des études sur l'affectivité de l'enfant a été dû aussi pour une grande part aux résultats des enquêtes psychanalytiques.

Depuis peu, les psychologues de l'enfance se sont rendu compte du retentissement que des séparations mère-enfant

peuvent avoir : deux possibilités d'études s'offrent : soit des comparaisons d'enfants séparés de leur mère et d'enfants vivant en milieux familiaux normaux, soit l'étude des séquelles laissées par ces séparations chez des adolescents inadaptés.

Les études de SPITZ et de M^{me} AUBRY nous fournissent les conclusions de la première série d'enquêtes ; celles de BOWLBY de la deuxième.

Les travaux de SPITZ, M^{me} AUBRY et BOWLBY s'intéressent surtout aux problèmes d'hospitalisation d'enfants séparés de leur famille pour raisons sociales, mais le Professeur M. LELONG et Cl. LAUNAY en France ont étudié particulièrement le cas des enfants hospitalisés pour maladie. C'est ce problème qui nous a plus spécialement intéressé, comme externe dans le service de Clinique Médicale Infantile du Professeur WILLEMIN-CLOG à Clermont-Ferrand.

Nous appuyant sur les travaux de SPITZ (46) et de M^{me} AUBRY (1), nous n'avons pas refait de tests pour justifier ce travail. Nous n'avons d'autre but que d'exposer ce que nous avons vu dans le service de Clinique Médicale Infantile de Clermont-Ferrand : le fonctionnement du service, les améliorations déjà apportées. Et après avoir vu les réalisations faites dans d'autres services en France et à l'étranger, nous essaierons de voir ce que nous pourrions souhaiter pour l'avenir.

Nous voudrions remercier ici M. le Professeur WILLEMIN-CLOG et M. le Professeur Agrégé MENUT d'avoir facilité ce travail au cours de nos années d'externat dans leur service. Nous voudrions remercier M. le Professeur LELONG qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; le remercier d'avoir bien voulu nous accueillir dans son service lors de nos stages pour l'Attestation d'Etudes Complémentaires de Pédiatrie et Puériculture (a).

(a) Nous voudrions remercier aussi tout spécialement les docteurs J. VIALATTE et COTLENKO.

PLAN

I. — *Justification du travail.*

II. — *Le service de Clinique Médicale Infantile de Clermont-Ferrand avant les essais de 1957-1958 au Pavillon Hacquart.*

III. — *Améliorations proposées par différents auteurs pour leurs services d'enfants en France et à l'étranger.*

IV. — *Réalisations faites à Clermont-Ferrand depuis janvier 1958 au Pavillon Hacquart.*

V. — *Projets.*

VI. — *Conclusions.*

CHAPITRE PREMIER

JUSTIFICATION DU TRAVAIL

Les recherches de SPITZ sur l'hospitalisme servent de point de départ à notre travail.

SPITZ (46) a entrepris une longue étude sur 164 enfants au cours de leur première année dans deux établissements situés dans deux pays différents; il établit une base de comparaison en faisant une enquête sur des enfants du même âge qui vivent dans leur famille dans les mêmes pays. Il a ainsi quatre milieux de vie :

69 enfants sont en nursery : ce sont les enfants n° 1. Ils sont nés de filles-mères délinquantes qui accouchent à la maternité voisine et, par suite, leur enfant est soigné à la Nursery de la naissance à un an. Donc mères mineures, délinquantes, mal adaptées socialement ou faibles d'esprit, psychopathiques ou criminelles.

11 enfants équivalents privés étudiés parallèlement. Ce sont des enfants du même âge, du même pays, du même milieu mais vivant dans leur famille.

61 enfants sont en établissement pour enfants. Ce sont les enfants n° 2. Ils sont nés de mères normales, bien adaptées au point de vue social mais elles n'ont pas les moyens d'élever leurs enfants.

23 équivalents privés : enfants de même milieu, de même âge, de même pays, vivant dans leur famille et servant de base de comparaison.

En un an, chaque enfant fut testé au moins chaque mois. Un grand nombre de tests, toutes les expériences et un certain nombre de situations spéciales furent filmés sur 16 mm.

RESSEMBLANCE ENTRE LES CONDITIONS DE VIE DES N°s 1 ET 2

Les conditions d'habitation dans la Nursery et la Maison d'Enfants sont semblables : maisons en dehors de la ville, jardin, conditions d'hygiène parfaites. Après cinq semaines passées dans un service à part, ils sont mis en box individuel (vitré de tous côtés dans les n° 1 ; de trois côtés et ouvert sur le quatrième dans les n° 2).

Dans les n° 1 : à 7 mois les enfants sont groupés par quatre ou cinq.

Dans les n° 2 : les enfants restent en box individuel jusqu'à 15 ou 18 mois.

La nourriture est excellente, adaptée à chaque enfant dans les deux maisons.

Les soins médicaux : Pas de visite quotidienne du médecin chez les n° 1. Visite journalière chez les n° 2.

DIFFERENCE DANS LES CONDITIONS DE VIE ENTRE LES N°s 1 ET 2

Jouets : Tous les n° 1 ont un ou deux jouets. Les n° 2 n'en ont pas.

Champ visuel : Chez les n° 1 : on a un couloir central chaud et accueillant. Les mères circulent constamment : elles nourrissent leur enfant, le changent, jouent avec eux, bavardent.

Les parois vitrées des boxes sont assez basses pour que l'enfant puisse observer les autres boxes dès qu'il est capable de se soulever.

Chez les n° 2 : le couloir est froid et vide sauf aux heures de repas. Les montants du berceau sont trop hauts. L'enfant est coupé du monde extérieur jusqu'à ce qu'il se tienne debout.

ESPACE VITAL

Bien chez les n° 1.

Chez les n° 2 : l'enfant peu stimulé reste sur le dos pendant longtemps. A 10-12 mois, les enfants, couchés sur le dos, jouent seulement avec pieds et mains.

PERSONNEL

Chez les n° 1 : une infirmière-chef, trois assistantes apprennent aux mères à s'occuper de leurs enfants. Mais, fait capital, chaque enfant est soigné par sa mère, ou la mère d'un autre, ou une fille enceinte. L'infirmière-chef veille à ce que chaque bébé soit soigné par quelqu'un qui l'aime.

Chez les n° 2 : une infirmière-chef et une infirmière pour 7 ou 8 enfants, infirmières maternelles mais les enfants manquent de contact humain une grande partie de la journée.

Qu'observe-t-on au cours de la première année ? SPITZ a établi la moyenne des quotiens de développement (rapport âge de développement

—————) pour les quatre premiers mois d'existence des enfants des différents milieux de vie. Il a comparé ces moyennes avec celles des quatre derniers mois de la première année.

Le Q.D. des enfants n° 1 et des équivalents privés pris comme base de comparaison pour les n° 1 et les n° 2 a crû progressivement.

Le Q.D. des enfants n° 2 a baissé de 1,24 à 0,72.

Une telle étude — semble-t-il — ne demande pas de commentaire. Le contraste entre les n° 1 et les n° 2 montre l'importance de la relation mère-enfant dans le développement de la première année et aussi l'importance des conditions de vie.

Il s'agit, dans cette observation, d'enfants vivant sans cesse en collectivité. On pourrait objecter que le problème est différent de celui que pose l'hospitalisation temporaire. Or M^{me} AUBRY (1) dans son ouvrage sur la carence des soins maternels, après avoir obtenu les mêmes résultats que SPITZ pour les cas d'hospitalisations longues, aboutit encore aux mêmes conclusions pour les hospitalisations brèves : c'est le cas du petit Bernard.

Bernard, enfant de 13 mois dont les parents, très unis, s'occupent de leurs enfants avec beaucoup d'affection et de soins, est placé en raison de l'accouchement de sa mère. C'est la première fois que Bernard quitte sa famille et la séparation durera 12 jours. Mme AUBRY signale que « si les parents ont préféré le placement à toute autre solution, c'est qu'ils étaient loin d'imaginer les effets néfastes d'une séparation. Il réagit, à l'entrée à l'hôpital Saint-Vincent de Paul, par une détresse intense avec pleurs et agitation. Par la suite il fait une otite et des épisodes fébriles. Enfin c'est le retour au foyer qui sera dramatique. Bernard repoussera successivement son père, sa grand-mère, son grand frère, sa mère à laquelle il rend visite à la maternité. » Deux mois plus tard — dit l'observation — tout est rentré dans l'ordre et il ne paraît pas persister de séquelles mais ce long délai a été nécessaire malgré l'ambiance familiale favorable pour faire disparaître les troubles liés à la séparation. Ce cas d'hospitalisation de courte durée relaté par M^{me} AUBRY lui paraît significatif.

Dans le même ordre d'idée voyons les observations faites par Cl. LAUNAY (27). Elles concernent toujours une hospitalisation temporaire, mais cette fois pour affection curable. Il suivit dans son service une « vingtaine d'enfants de 6 mois à 3 ans ayant fait un séjour hospitalier supérieur à 3 mois (il s'agissait en majeure partie d'enfants traités pour primo-infection tuberculeuse). Un test de GESELL était effectué quinze jours après l'entrée (pour éviter la cause d'erreur du désarroi initial), puis deux à quatre mois plus tard au moment de la sortie. Cl. LAUNAY a constaté que le comportement de ces enfants était très variable : sur treize enfants assez bien examinés pour que l'observation fût valable, sept restèrent les mêmes,

avec un taux de développement identique, quatre progressèrent dont deux de façon très manifeste, deux déclinèrent modérément s'adaptant mal au milieu hospitalier. Pour les quatre qui avaient obtenu un gain il s'agissait d'enfants antérieurement très mal soignés par une mère trop débordée ou trop irritable ou inaffektive pour qu'on ait pu penser qu'elle ait eu un bon comportement maternel. Il faut savoir que cette enquête a été poursuivie dans un des milieux les plus pauvres de la région parisienne (xix^e arr.). Il faut dire aussi que le service hospitalier en question est un petit service où les infirmières en général très maternelles restent les mêmes pendant de nombreuses années et que la plupart des enfants n'ont pas beaucoup de peine à s'attacher à elles... Il apparaît en tous cas essentiel que le nouveau milieu où vit l'enfant lui apporte dans la personne qui doit remplacer la mère, un équivalent suffisant. Tout revient donc, encore une fois, à la nécessité d'un choix judicieux des nourrices ou des familles de « remplacement » ou dans l'aménagement convenable des maisons d'enfants. Il est en tous cas essentiel que l'attention ait été attirée, de façon plus précise et plus scientifique que par le passé, sur la nécessité d'obtenir que les femmes s'occupant de ces enfants prennent d'eux plus que des soins d'hygiène, et les considèrent un peu comme leur propre enfant. »

Après les enquêtes de SPITZ, de M^{me} AUBRY et de Cl. LAUNAY sur les Maisons d'Enfants, voyons les résultats du second mode d'information utilisé pour rechercher les conséquences des séparations mère-enfants : il s'agit de l'investigation du passé d'adolescents atteints de troubles du comportement. BOWLBY compare deux groupes de 44 enfants, de milieux semblables, les uns voleurs, les autres non voleurs. Dans le groupe des 44 voleurs se trouvaient 17 enfants qui avaient eu à subir, avant l'âge de cinq ans, une séparation de leur famille de plus de 6 mois, tandis que deux seulement des 44 enfants non voleurs avaient eu le même sort. Cl. LAUNAY semble attacher peu d'importance à cet exemple, trouvant artificiel d'isoler « dans le passé de ces enfants le facteur séparation de la mère alors que l'on pouvait non moins légitimement y relever maints autres facteurs pathogènes ».

Cependant la convergence des résultats des travaux de SPITZ, M^{me} AUBRY, BOWLBY et des différentes méthodes utilisées semble assez probante.

Envisageons pour terminer le problème particulier de l'influence de l'âge dans l'apparition des troubles dus à cette hospitalisation et voyons quelle est la position des différents auteurs sur ce point.

Le Docteur Juliette BOUTONNIER (7), au Congrès de Mégève, propose la distinction suivante : « La période la plus mauvaise pour la séparation paraît être de 3 mois à 3 ans, mais la phase du développement de 6 mois à 12 mois semble être celle où la carence prolongée des soins maternels entraîne des déficiences graves et irréversibles de la personnalité.

De 3 à 6 ans l'enfant est moins vulnérable parce qu'il est capable de concevoir le retour de sa mère.

Encore plus vrai après 7 ans : là l'enfant supporte d'autant mieux la séparation qu'il a eu un meilleur contact avec sa mère. Il ne craint pas alors d'être oublié ou abandonné. »

C'est aussi l'avis de BOWLBY (10). « A quel âge — écrit-il — l'enfant cesse-t-il d'être sensible au manque de soins maternels ? Sa vulnérabilité diminue sans doute lentement et peut-être de façon imperceptible. Tous ceux qui ont étudié la question reconnaissent que la vulnérabilité de l'enfant est encore considérable entre 3 et 5 ans quoique moindre qu'auparavant. Pendant cette période, les enfants ne vivent plus exclusivement dans le présent. Ils peuvent ainsi imaginer vaguement un temps où leur mère reviendra alors que ce processus dépasse les capacités de la plupart des enfants de moins de 3 ans. En outre, le langage rend l'enfant accessible aux explications élémentaires et il s'adapte plus facilement à des substituts maternels compréhensifs. » Et BOWLBY de continuer « après l'âge de 5 ans la vulnérabilité diminue encore : il n'est néanmoins pas douteux qu'une grande proportion des enfants âgés de 5 à 7 ou 8 ans sont incapables de s'adapter de façon satisfaisante aux séparations particulièrement s'il s'agit de séparations soudaines et auxquelles ils n'ont pas été préparés ».

Même opinion encore chez SPITZ (47) qui dans une pouponnière examina quelles étaient les conséquences des séparations mère-enfant. Ces répercussions varient selon la durée de la séparation :

« Séparation durant un mois : l'enfant présente une attitude exigeante avec des tendances pleurnichantes. Il se cramponne à toute personne qui s'approche.

Après une séparation de deux mois le tableau change : un refus de contact se manifeste. L'enfant manifeste de l'anxiété à l'approche de personnes adultes. En même temps ces enfants manifestent des désordres de nutrition, souvent une perte de poids et un arrêt du quotient de développement.

Dans le troisième mois de la séparation, l'enfant est couché à plat-ventre pendant la plus grande partie de la journée. Il se désintéresse de son entourage et refuse de réagir à tout essai de prise de contact. Cette attitude a, selon nous, une valeur diagnostique et constitue un avertissement qui rend urgent, sous peine de risquer des lésions irréparables du psychisme, de prendre des mesures contre la dépression progressive qui s'est emparée de l'enfant. Les pertes de poids deviennent plus fréquentes, ces enfants commencent à souffrir d'insomnie, ils deviennent sujets à des maladies intercurrentes, et montrent une susceptibilité accrue aux infections.

Dans le quatrième mois de la séparation le processus a tendance à empirer. Les enfants semblent être pris dans une espèce de stupeur qui rappelle une confusion mentale. »

SPITZ souligne aussi : les séparations ayant lieu pendant la seconde moitié de la première année qui dépassent cinq mois ont tendance à causer des dégâts irréversibles.

En conclusion de cette étude bibliographique, ces travaux paraissent prouver les méfaits de l'hospitalisation au point de vue du développement affectif dans bien des cas et plus spécialement de 6 mois à 3 ans. Ces méfaits sont dus à la séparation de la mère et de l'enfant et sont d'autant plus graves que l'hospitalisation est réalisée dans de plus mauvaises conditions bien que même des conditions assez bonnes ne soient

pas toujours suffisantes pour supprimer tout inconvénient pour les enfants. Cl. LAUNAY nous dit que la situation tragique décrite par SPITZ dans l'orphelinat où il fit ses observations n'est nullement inéluctable : tout dépend du fonctionnement d'une telle maison et du personnel qui y est chargé des soins des enfants. On peut, à cet égard, relire le petit ouvrage de BURLINGHAM et de FREUD (22) (Enfants sans famille) pour reconnaître qu'il est possible dans un établissement collectif d'observer un bon développement psychomoteur.

CHAPITRE II

LE SERVICE DE CLINIQUE MEDICALE INFANTILE DE CLERMONT-FERRAND AVANT LES ESSAIS DE 1957-1958 AU PAVILLON HACQUART

Nous venons de voir que l'hospitalisation faite dans des conditions défavorables peut avoir des conséquences pour le développement psychomoteur ultérieur de l'enfant.

Nous nous proposons maintenant d'examiner quelles sont actuellement les conditions d'hospitalisation et l'organisation du service de Clinique Médicale Infantile de Clermont-Ferrand, et de voir si elles permettent d'éviter les conséquences d'une hospitalisation défectueuse.

1. ORGANISATION DU SERVICE

Locaux.

Le service hospitalier de Clinique Médicale Infantile se compose de deux pavillons bas, symétriques, face à face, sur rez-de-chaussée surélevé. L'entrée se fait au centre des bâtiments dans une pièce carrée où se trouvent deux banes : les parents attendent là le matin pour parler aux médecins. On franchit une seconde porte donnant sur un long couloir qui coupe en deux de part en part tout le pavillon. La salle de pansement est en face de cette porte ainsi que le bureau de l'infirmière et le bureau des médecins. A droite et à gauche de ce long couloir sont répartis les boxes de deux à trois lits

complètement séparés de ceux d'à côté par des cloisons vitrées pour les nourrissons ou par des murs pour les chambres des plus grands. Chaque box a une grande fenêtre qui le rend très clair. Malheureusement, il n'y a pas de terrasse externe. Entre les deux services une pelouse avec des arbres ; l'après-midi les enfants peuvent s'y ébattre. Tout l'intérieur est peint en bleu clair sans décoration. Le plus grand nombre des boxes comporte un lavabo et une petite baignoire.

Dans les deux pavillons les enfants sont reçus de la naissance à seize ans. Ils groupent 80 à 90 enfants. Tous deux sont médicaux.

Le personnel hospitalier.

Infirmières

Une infirmière-chef, religieuse dans un des pavillons, civile dans l'autre, fait son service en deux fois : 8 h.-13 h. et l'après-midi : 15 h.-18 h. Elle est aidée d'infirmières diplômées, plus jeunes, qui font huit heures de suite : elles sont ainsi 3 dans chaque pavillon à faire le roulement pour vingt-quatre heures c'est-à-dire deux ensemble pendant la journée et une la nuit pour une quarantaine d'enfants. Une infirmière supplémentaire assure les jours de congé. On peut considérer qu'en général ce personnel est insuffisant et trop chargé. Ce sont des infirmières diplômées d'Etat ; quelques-unes complètent leur formation par le diplôme de puériculture. Elles sont dans l'ensemble assez orientées vers la psychologie de l'enfant ; en tout cas elles aiment la médecine infantile puisqu'elles ont choisi elles-mêmes le service de Clinique Médicale Infantile : dans les souhaits que nous formulerons plus loin nous aurons à revenir sur la formation psychologique des infirmières, formation qui semble capitale étant donné le rôle très important qu'elles jouent puisqu'elles sont toujours en contact avec les petits malades. Si nous cherchons dans un programme du diplôme d'infirmière la place accordée aux problèmes psychologiques, elle nous paraît bien minime pour ne pas dire inexistante. Or, en ce domaine, la bonne volonté ne suffit pas, il faut un minimum

de formation. Une Ecole d'Auxiliaires de Puériculture étant rattachée aux hôpitaux de Clermont-Ferrand, les infirmières sont aidées par les élèves puéricultrices qui sont chacune chargées d'un enfant en particulier : quand elles sont présentes c'est toujours la même qui s'occupe du même enfant : mais elles ne sont pas toujours dans le service, elles changent de stage, ce qui oblige l'enfant à passer de mains en mains.

Les boxes continuent à avoir des numéros. Les infirmières sont encore tentées souvent d'appeler les enfants par des numéros. C'est, bien sûr, un système pratique quand on indique des traitements et garder sur les tableaux de soins l'application par numéro est un moyen sûr pour que le traitement du Dominique n° 4 ne soit pas confondu avec celui du Dominique n° 10. Mais l'impression d'être un numéro est certainement fort désagréable pour l'enfant et sa famille. Disons cependant que si cette coutume continue à être de rigueur quand il s'agit de traitements, les habitués du service savent généralement les noms de tous les enfants qui séjournent quelque temps.

Il peut se produire chez les infirmières une certaine déformation professionnelle qui leur donne un comportement volontiers autoritaire et dur. Ce métier d'infirmière est certes souvent difficile, fatigant, décevant. Le développement des techniques médicales risque de transformer l'infirmière au cœur maternel en une technicienne qui à l'extrême pourrait devenir un robot. Perdant leur instinct maternel, elles en viennent à oublier ces mille petits soins indispensables : une fenêtre à ouvrir ou à fermer en temps opportun, des couches mouillées à changer ou une peine à consoler. Malgré ces difficultés bien des infirmières restent équilibrées et compréhensives à l'égard des enfants et des parents. Mais si elles n'ont pas un milieu de vie normal en dehors de leur métier, ce durcissement de l'affectivité est une des déformations qui les guettent.

Ceci est tout particulièrement regrettable quand il s'agit d'une infirmière-chef d'un service d'enfants. Ce reproche souvent fait par les mères aux infirmières est dans bien des

cas entaché de partialité. Ceci est pour nous l'occasion d'évoquer l'aspect affectif des relations entre les mères et les infirmières-chefs. Il intervient certainement souvent dans l'inconscient des mères une jalousie réelle à l'égard de la personne qui va se substituer à elles pour apporter les soins de caractère maternel à leur enfant. Cette jalousie explique en grande partie l'aspect souvent agressif et revendiquant des relations de certaines mères vis-à-vis de l'infirmière.

Médecins

En ce qui concerne les médecins, ils ont tous une clientèle privée. Il n'y a pas actuellement de médecin plein-temps. Un Chef de Service pour les deux pavillons ; à Tixier : un Assistant, un Chef de Clinique ; à Hacquart : un Agrégé, un Assistant. Un Interne et trois Externes dans chaque pavillon.

Le Chef de Service passe la visite dans chacun trois fois par semaine. Les visites ont lieu dans chaque box. Les stagiaires dans l'année ne viennent que rarement dans les boxes ; les malades leur étant présentés au sous-sol dans une salle de cours.

L'Interne passe sa contre-visite le soir... et pour les cas importants on l'appelle sans confier les malades aux Internes de garde qui n'ont parfois jamais fait de pédiatrie. Signalons à propos des visites que les enfants déjà un peu grands peuvent parfois être capables de suivre certaines discussions techniques les concernant : faites près de leur lit, elles risquent de trop les éclairer sur leur cas : témoin, cet enfant hémophile de 10 ans hospitalisé une fois encore pour une hémorragie et dont la mère nous demandait instamment de ne rien dire devant son fils « on a beaucoup trop parlé devant lui », ajoutait-elle. Mais le couloir central du pavillon est difficilement utilisable pour les discussions médicales, vu ses dimensions.

2. L'HOSPITALISATION

Aucune préparation psychologique à l'hospitalisation n'est faite... à moins que ce ne soit une préparation toute négative due à des menaces antérieures d'hospitaliser les

enfants insupportables, ou d'appeler le médecin pour faire une piqûre en cas de caprices ou de refus de manger : attitude plus fréquente qu'on ne pourrait le penser. Si l'hospitalisation s'avère un jour nécessaire, que reste-t-il de ces menaces dans l'esprit de l'enfant ? Comment se représente-t-il les lieux, les personnes qui le soigneront ? Dans le conscient ou tout au moins dans l'inconscient il reste une charge affective de peur à l'égard du médecin et de l'Hôpital qui est comme une menace qui va se réaliser. Le médecin dans l'inconscient de l'enfant se rapproche du vieux thème de « l'ogre », du « gendarme », du « méchant loup » ; l'hôpital du thème de la « prison » et de la « cave ». L'enfant est fatalement amené à penser cette hospitalisation comme une punition et risque de se croire coupable de la peine qu'il a faite à ses parents en les obligeant à l'hospitaliser pour le punir. Or c'est précisément à l'hôpital, ce lieu de punition, qu'on l'amène en le cajolant outre mesure ; la présence de la mère anxieuse et angoissée accroît encore le désarroi et la crainte de l'enfant. On conçoit, dans ces conditions, sa surprise et son inquiétude devant les changements d'attitude de la part de ses parents.

L'enfant est le plus souvent amené par ses parents. Faisons quelques exceptions pour les enfants qui, l'été, nous viennent des maisons de cure du Mont-Dore et de La Bourboule. Si l'entrée se fait le matin, le service est alors orienté vers les soins et la visite du médecin. Aucune pièce n'est prévue pour la réception des enfants et on les fait entrer directement dans la salle de pansements. Elle est souvent peu accueillante avec les seringues, les bouteilles colorées de dakin, mercurochrome ; les produits pharmaceutiques utiles aux soins : spectacle sûrement déroutant pour un enfant.

La mère est accaparée par l'externe qui profite de sa présence pour faire son observation au point de vue antécédents : signalons l'utilité de laisser parler la mère. Un externe, jugé sérieux dans son travail, prenait un jour l'observation d'une asthmatique. Il avait réuni au moins une trentaine de questions à poser. La mère voulut expliquer qu'un entrepôt au-dessous de chez eux leur amenait beaucoup de pous-

sière et qu'il y avait peut-être un rapport. L'externe l'arrêta, continuant son interrogatoire méthodique. Le médecin apprit indirectement l'existence de l'entrepôt et demanda à la mère pourquoi elle n'en avait pas parlé. Mais je n'ai pas pu — dit-elle — l'externe, quand j'ai voulu le dire, m'a arrêtée.

Pendant ce temps la mère entend son enfant pleurer en salle de pansements, parce qu'on le déshabille, parce qu'il commence à être dépaycé et à se sentir isolé. C'est là qu'il est examiné et ensuite transporté dans son lit où il peut revêtir pyjama ou chemise de nuit personnel et garder tous les jouets que les parents désirent lui laisser. Les infirmières sont mêmes les premières à réclamer des jouets de l'enfant si les parents n'en proposent pas. Dans les boxes les enfants sont toujours groupés par affinité d'âges, de goût ou par maladie. Les infirmières essaient aussi de mettre une fillette ou deux plus grandes avec un nourrisson dont elles ont un peu la charge. La mère vient embrasser son enfant et bien vite on lui dit, avec un sourire : « Vous pouvez partir, on n'a plus besoin de vous. » Si la remarque est faite aimablement, elle n'en est pas moins douloureuse pour la mère qui se sent comme une intruse auprès de son enfant. N'a-t-elle pas l'impression qu'il n'appartient plus qu'à l'hôpital. Parfois, et c'est trop fréquent, on n'a pas dit à l'enfant qu'on le laisserait, on lui fait miroiter l'utilité de quelques examens et sa sortie le soir même. De plus l'enfant sent le désarroi de ses parents et quand enfin il se retrouve seul dans son petit lit : que se passe-t-il dans sa tête ? Sans doute beaucoup de choses que nous ignorons souvent...

Si l'entrée se fait l'après-midi, l'infirmière a en général plus de temps pour s'occuper de l'entrant. L'hospitalisation se fait avec plus de calme. L'infirmière elle-même prend les renseignements sur les antécédents, et l'aspect de bousculade qui peut être donné le matin est évité.. mais les parents ne voient pas les médecins du service et sans doute le regrettent-ils. Ils peuvent cependant attendre la contre-visite de l'Interne.

Nous voudrions signaler que dans un centre hospitalier comme celui de Clermont-Ferrand, nous recevons beaucoup d'enfants de paysans de la Limagne ou de la Haute-Auvergne

et c'est pour ceux-là que l'accueil est le plus délicat. Qu'on imagine le dépaysement d'enfants habitués à vivre dans une ferme et qui n'ont pas de la vie moderne au moins ce minimum de connaissance que les enfants des villes ont acquis. Dépaysement plus grand encore, s'il est possible, pour les petits bohémiens accoutumés à la vie en plein air au milieu d'une tribu : que peuvent signifier pour eux portes ou fenêtres et isolement dans un box ?

Mêmes problèmes pour l'accueil réservé à leurs parents intimidés, dépayés et un peu gauches. Fidèles aux parlers régionaux, ils ont même parfois des difficultés à manier le français. Dans ce cas, le personnel surchargé a tendance à être moins patient. Rapportons par exemple le cas de cette jeune mère d'un nourrisson d'un mois et demi qu'elle continuait à nourrir avec 6 biberons de 80 gr. : l'infirmière et l'externe qui prirent les renseignements ne purent réprimer une réaction un peu vive vis-à-vis d'elle : et pourtant... C'était un premier-né, l'accouchement avait eu lieu à domicile, elle habitait une ferme complètement isolée sans aucun voisin. A la dernière visite du médecin, le régime avait ainsi été établi... Elle s'en était tenue aux dernières prescriptions et ne savait comment augmenter les doses.

Remarquons cependant que les enfants s'habituent rapidement à l'hôpital. Nous n'avons pas pratiqué de tests, redisons-le, et par conséquent nous n'avons qu'un point de vue subjectif. Les enfants, dans l'ensemble, réticents le premier jour, sont déjà apprivoisés dès le lendemain. Au cours de notre passage à Hacquart, seule une fillette de cinq ans, venant de la campagne, hospitalisée pour primo-infection tuberculeuse, mit trois semaines à se déridier vis-à-vis des infirmières, encore autant vis-à-vis des internes et externes, et elle garda toujours à l'égard des médecins, qu'elle voyait moins longtemps, l'attitude de mutisme qui l'avait caractérisée dès son entrée... au point que nous nous étions demandé si elle n'était pas retardée.

Nous voudrions parler, à l'opposé, des inconvénients de l'excès d'attention portée aux enfants : tel fut le cas de Graziella, fillette de dix ans pour laquelle était porté le diag-

nostic fatal de leucose aiguë : n'avons-nous pas tous à l'égard de ces cas dramatiques un peu mauvaise conscience à cause de notre impuissance à les guérir... et peut-être inconsciemment sommes-nous tentés de leur laisser plus de libertés qu'à d'autres. Cette fillette qui savait déjà être exigeante avec tout le monde abusa de notre indulgence, et finit par devenir très déplaisante. Elle devait d'ailleurs revenir mourir en vingt-quatre heures dans le service six mois après. Cette expérience douloureuse pose le problème particulier de l'attitude à avoir devant des enfants destinés à mourir.

3. LES VISITES DES PARENTS

Les visites, fixées aux mardis, jeudis, samedis et dimanches de 13 à 16 heures, sont permises seulement aux adultes. Par crainte de contagion les enfants ne sont pas admis. Cependant, surtout au pavillon Hacquart, des dérogations sont parfois apportées à l'horaire ; les parents en cas de maladie grave ou terminale peuvent passer près de leur enfant une partie de la journée, il est très facile alors de mettre le petit malade seul dans une chambre. Certaines mères ont même pu passer quelques nuits mais l'organisation actuelle du service ne permet de leur offrir qu'un fauteuil droit : leur repos est bien compromis ; si ces mères doivent le lendemain faire une journée de travail normal : c'est un surcroît de fatigue excessif et il est difficile d'accorder de telles permissions. Cette réglementation des visites est cause de la mauvaise réputation qui subsiste sur les hôpitaux auprès des familles... et quand, inconnu, on entend parler du service, c'est le seul reproche important qu'on lui fasse. Ce n'est pas valable seulement pour l'hôpital de Clermont-Ferrand : le récent livre « Peggy » s'est fait l'écho de cette critique. L'auteur — la mère de l'enfant — écrit au sujet des séparations : « C'était cruel ! Ce règlement fondé pour la commodité des hommes, ce règlement qui ne prévoyait aucune exception, aucun cas isolé, ce règlement était barbare ! » Nous ne savons où Peggy fut hospitalisée mais sa mère ne voyait-elle pas l'hôpital uniquement avec ses yeux de mère en oubliant qu'une organisation s'impose dans un établissement où de nombreux enfants sont réunis

pour recevoir des soins, et qu'une organisation ne peut envisager tous les cas particuliers. Il est vrai que, mère d'une fille unique, il n'existait qu'un seul cas unique pour elle et tout règlement aurait été inhumain.

Ajoutons que les visites prolongées le matin nous paraissent difficilement acceptables dans les conditions actuelles. Elles gênent les soins, ce dont les parents n'ont nullement conscience. Si les visites du matin risquent de perturber le service, la présence continuelle de la mère auprès de son enfant a les mêmes inconvénients.

Comment ne pas penser ici à cet enfant de 9 ans, myxœdémateux, avec un très gros retard, envoyé à l'hôpital par son médecin traitant qui nous demande de faire notre possible pour garder la mère (âgée d'une cinquantaine d'années) avec son enfant. Il est nourri uniquement avec des biberons. Sa mère prétend qu'il demande des soins incessants. La direction accepte, le Chef de Service aussi. Peu après leur arrivée, une discussion s'élève entre l'infirmière-chef et la mère qui a défait ses bagages dans le box et a sorti en particulier une lampe à alcool et une casserole. Elle prétend faire chauffer le lait de l'enfant et faire ses propres repas dans le box. Offensée du refus opposé, la mère s'en prend à l'infirmière et même à l'Assistant appelé pour juger l'affaire. Scène pénible dans le service devant les mères venues en visite autorisée. Il faudra l'intervention du Directeur des Hospices pour régler le litige qui mettait en cause le règlement de l'hôpital.

C'est un exemple des difficultés auxquelles on risque de se heurter en hospitalisant les mères avec leurs enfants, surtout quand il s'agit de mères incompréhensives ou trop névrotiquement attachées à leur enfant : dans le cas présent. l'enfant apathique a beaucoup moins besoin de sa mère que sa mère de lui ! On connaît le complexe de JOCASTE qui réalise un bloc mère-fils à nuance amoureuse et ses conséquences !

Indirectement rattachées au problème des visites, certaines dérogations au régime hospitalier traditionnel ont pu être accordées : nous avons même permis des sorties dans l'après-midi en particulier pour des diabétiques que nous édu-

quions selon la méthode de régime libre de LESTRADET. L'un, même, allait en classe matin et soir et revenait coucher dans le service où sa mère lui faisait sa piqûre le matin tant qu'elle ne fut pas assez familiarisée avec la technique.

Dans le cas de poliomyélites en rééducation, des autorisations de sortie pour les fins de semaines ont été données au moment des fêtes.

4. NOUVELLES DONNEES AUX FAMILLES

Les parents peuvent demander des nouvelles aux médecins du service tous les jours s'ils le désirent, en principe « après la visite ». Or, la visite se termine entre midi et une heure, heure bien imprécise et incommode pour des mères de famille, surtout si elles veulent revenir voir leur enfant l'après-midi. Les nouvelles sont données dans l'entrée rapidement devant les autres parents : est-ce souhaitable ? C'est souvent tard et tout le monde est pressé. Cependant les parents apprécient de pouvoir entendre tous les jours un mot du médecin lui-même, comme le prouve leur présence en grand nombre.

5. SORTIE

La sortie se fait toujours sur ordre du médecin. Les familles de l'extérieur sont tenues de téléphoner le matin du jour prévu pour éviter, en cas de rechute, un dérangement inutile.

Si l'enfant a encore besoin de traitement, l'interne fait une ordonnance mais détail regrettable : le régime des nourrissons n'est souvent pas expliqué à la mère par l'interne mais par l'infirmière, surtout si la sortie se fait l'après-midi. Il ne semble pas souhaitable que ce rôle lui revienne. Expliquer comment faire un biberon avec du végétal B, guigoz et carube n'est pas facile. Il faut aux mères parler cuiller à café et non pas pourcentage : or toutes les prescriptions hospitalières sont faites en pourcentage. Le mieux, sans doute, serait que l'infirmière fasse faire un biberon dans le service avant le départ. Nous ne faisons que rappeler les difficultés affec-

tives entre la mère et l'infirmière-chef. Ce dernier contact peut parfois améliorer leurs relations puisque la mère reprend son enfant pour elle. Mais il peut aussi être la dernière source de conflit pour peu que l'infirmière ne sache pas se faire comprendre d'une mère peu évoluée.

Après le départ des enfants une lecture d'observations a lieu avant que les externes classent les dossiers (nous n'avons pas de secrétariat médical). Une lettre préparée par l'interne, relue et signée par le Patron, est alors envoyée au médecin traitant pour le tenir au courant du diagnostic, des examens complémentaires, du traitement. Les lettres urgentes sont souvent — mais pas toujours — remises au départ.

CHAPITRE III

AMELIORATIONS PROPOSEES PAR DIFFERENTS AUTEURS POUR LEURS SERVICES D'ENFANTS EN FRANCE ET A L'ETRANGER

Les constatations que nous venons de faire sur le service de Clinique Médicale Infantile de Clermont-Ferrand sont valables à l'heure actuelle pour bien des hôpitaux de France à quelques rares exceptions près.

Beaucoup d'auteurs se sont déjà intéressés aux transformations des services hospitaliers et plus spécialement des services d'enfants où l'urgence se fait sentir davantage : que disent-ils ?

Nous envisagerons successivement les problèmes suivants :

- 1) l'hospitalisation mère-enfant,
- 2) les visites des familles,
- 3) la préparation à l'hospitalisation,
- 4) le médecin et l'hôpital,
- 5) les Puéricultrices : a) leur formation, b) leur rôle,
- 6) les locaux,
- 7) l'organisation du temps des enfants : Ecole, Loisirs.

1. L'HOSPITALISATION MERE-ENFANT

Le Professeur LELONG (33) précise au Séminaire sur les Hôpitaux d'Enfants de 1956 à Paris que « l'admission de la mère devrait être possible sur prescription médicale, c'est-à-

dire chaque fois qu'elle apparaît au médecin comme ayant la valeur d'une mesure thérapeutique utile au rétablissement de la santé physique et morale de l'enfant ». Il ajoute que « pendant l'examen médical et à plus forte raison pendant l'exécution des soins la présence de la mère n'est en général pas souhaitable. La mère manque trop de sérénité ; par son inquiétude elle engendre ou exagère l'anxiété de l'enfant. Parfois elle s'oppose aux soins parce qu'elle n'en comprend pas suffisamment les raisons et oblige à les ajourner. Quand la mère est présente, l'enfant est plus difficile à manier et à soigner... il trouve en elle une défense, il est agité. Quand le médecin ou l'infirmière sont seuls avec lui, il est calme et courageux. »

Le Professeur LELONG affirme aussi que « l'admission de la mère, même désirable, connaîtra des limites. Les tâches de la mère sont complexes ; en même temps qu'à l'enfant malade, elle se doit à ses autres enfants, à son mari, au maintien de l'équilibre de son foyer ».

Les Docteurs MAC CARTHY, M. LINDSAY et P. MORRIS (54) croient pouvoir aller plus loin que le Professeur LELONG. Ils citent dans la discussion de son article l'expérience faite dans le service de pédiatrie d'un hôpital. Ils hospitalisent les mères en même temps que les enfants. Les chambres comprennent donc un lit d'adulte et un berceau. « Nous nous sommes rendus compte tout de suite, des avantages de la suppression, dès le début, de l'angoisse de l'enfant et du bienfait des multiples petits soins donnés par la mère au cours de la maladie... La plupart des mères sont capables de donner une grande partie des soins, même les soins médicaux et deviennent même expertes sous la direction de l'infirmière. Elles font le lit, nourrissent l'enfant, changent ses couches, le mettent sur le pot, tiennent le thermomètre, tiennent l'enfant pour ses piqûres et une fois mises au courant, peuvent donner aussi certains médicaments. Elles se donnent beaucoup à l'occupation de leurs enfants. » Mais la présence de la mère à l'hôpital n'est pas sans poser certains problèmes qui sont envisagés dans la même discussion : il faut qu'elle quitte son foyer, son mari, et ses autres enfants ; les auteurs, avec statistiques à l'appui, concluent que dans la moitié des cas à

peu près : « Il n'y a aucun obstacle majeur à ce que la mère demeure à l'hôpital tout au moins pendant la période critique d'adaptation de l'enfant à la nouvelle ambiance. » Ils précisent aussi que cette idée s'est répandue dans la population et que si la première année ils n'ont hospitalisé que onze mères, la seconde ils en ont eu quarante-sept, la troisième cent-huit. Ils signalent aussi que les relations mère-infirmière se passent bien et que ces dernières ont « accepté loyalement cette innovation ».

Déjà en 1925 le Professeur Sir JAMES SPENCE avait fondé à Newcastle « The mother and Baby's hospital » où les mères étaient admises. Il utilisait leur savoir faire pour les soins à donner aux enfants.

Cette question fut aussi posée en septembre 1954 au séminaire de Stockholm (56). Le Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé en a publié un compte rendu. Il citait le cas « d'un hôpital chirurgical néo-zélandais qui obtint d'excellents résultats en laissant la mère auprès de son enfant pour s'occuper entièrement de lui sauf évidemment dans la salle d'opération... Il paraît souhaitable dans le cas de jeunes enfants que la mère demeure auprès d'eux pendant tout le séjour à l'hôpital, si le pédiatre et le psychiatre estiment que l'intérêt de l'enfant l'exige; dans les autres cas, la mère pourrait rester à l'hôpital au moins au début pour aider l'enfant à s'acclimater. »

Toujours au même séminaire de 1956 à Paris, le Professeur NELSON K. ORDWAY (39) d'une façon qui nous paraît plus nuancée souligne avec un certain humour le cas de mères qui veulent rester avec leurs enfants pour faire comme les autres : « Dans les cas où aucune tentative n'est faite pour restreindre les visites de nuit, certaines mères se sentent dans l'obligation morale vis-à-vis des autres parents qui passent la nuit, de laisser ce qu'il y a à faire chez elles et de passer des heures inutiles à l'hôpital. A cet égard je veux marquer mon opposition envers ceux qui habituellement demandent expressément aux mères d'entrer à l'hôpital avec leurs enfants. »

Nous voyons donc la divergence d'opinion des différents auteurs sur cette question d'hospitalisation de la mère en même temps que son enfant ; concluons par cette remarque du Professeur LELONG « les modalités réactionnelles du couple mère-enfant sont variables à l'infini ; elles dépendent à la fois de la qualité de la mère et de l'enfant et de leurs réactions affectives ».

Les hospitalisations systématiques des mères avec leurs enfants ne paraissent donc pas souhaitables.

2. LES VISITES DES FAMILLES

On souhaite en général que les visites ne soient pas limitées à des heures fixes. Nous éliminons les cas spéciaux où l'isolement est un des éléments de la thérapeutique, comme dans les anorexies mentales, la névrose infantile.

Le Professeur N.K. ORDWAY (U.S.A.) [39] toujours au séminaire de 1956 à Paris sur les hôpitaux d'enfants pense : « C'est un grand plaisir pour moi de travailler dans un service où il n'y a pas de restrictions formelles pour les visites des parents. Je crois connaître tous les arguments pour ou contre sur ce sujet. En général les adversaires des visites parlent d'un point de vue théorique et n'ont eu aucune expérience personnelle de cette ordonnance libérale des visites... La principale difficulté pour le régime des visites libres réside dans la mauvaise volonté du personnel de l'hôpital et particulièrement des infirmières... »

L'opinion du Professeur A. HOTTINGER, de Bâle (25), nous est donnée dans son article sur l'hospitalisation des enfants de trois à quinze ans : « Dans beaucoup d'hôpitaux il existe des heures de visites strictes une ou deux fois par semaine pendant une ou deux heures. Il est assez rare que cette réglementation soit acceptée volontiers et l'on pourra s'organiser de la façon suivante : d'abord il faut permettre aux parents d'enfants gravement malades de venir leur rendre visite à des heures spéciales, en dehors des heures officielles. Ensuite il sera facile d'échelonner les heures de visites. »

Le Professeur M. LELONG et S. LEBOVICI (32) résument tous les autres : « La visite des parents trouble la sérénité des salles d'enfants à cause de l'agitation qu'elle provoque et du déchirement qui les suit bien souvent. Pourtant les visites des familles doivent être non seulement autorisées mais favorisées :

pour les enfants elles assurent la permanence du contact avec les familles :

pour les parents, elles permettent d'avoir des nouvelles des enfants et elles pourraient être l'occasion d'un véritable enseignement familial.

Il faut favoriser les visites de la mère mais aussi de certains autres membres de la famille, et en particulier du père. Les règlements actuels interdisent la présence d'enfants de moins de quinze ans : frères et sœurs, camarades des petits malades. Il serait souhaitable que ces règles soient modifiées... avec prudence.

Il y aurait lieu de supprimer les visites à heures fixes, étroitement limitées qui ont l'inconvénient de grouper trop de personnes inactives autour du lit du petit malade à des heures où les médecins ou même les infirmières sont absentes. Une pratique recommandable serait à notre avis de permettre les visites à toutes heures, mais à une personne à la fois, mère, père, ou très proche parent. »

Le risque de contagion, un des arguments essentiels opposé à la fréquence des visites, n'est pas à retenir : une enquête faite au Royaume-Uni n'a pas pu démontrer que les visites augmentaient la propagation de l'infection. Cet argument de la contagion mis en avant par les partisans de l'interdiction des visites, semble avoir été exploité plus qu'il ne le méritait.

3. PREPARATION A L'HOSPITALISATION

Dans les cas où la maladie n'oblige pas à une hospitalisation brusque, l'enfant sera utilement familiarisé avec

l'hôpital, présenté aux infirmières, mis en contact avec son futur milieu de vie. On évitera de faire les démarches d'admission devant lui; et on prendra soin de laisser la mère installer elle-même son enfant dans le service. Elle « sera autorisée à mettre l'enfant au lit, à lui donner son premier repas à l'hôpital, son premier bain; il sera bon qu'elle soit là au début de la première nuit pour l'aider à s'endormir » (Professeur M. LELONG [33]).

Le professeur A. HOTTINGER, de Bâle (25), écrit aussi au sujet de l'admission : « Il est certain que ce premier contact est de très grande importance et qu'il en résulte longtemps une véritable empreinte... Je crois que la meilleure méthode consiste à laisser l'enfant auprès de sa mère pendant que le médecin questionne les parents... Après quelques minutes, l'enfant voit ce qui se passe et essaie même de prendre contact; il suit sa mère et l'infirmière dans la chambre où il sera déshabillé, baigné, et soumis au premier examen. Il faut que la mère soit présente et assiste à ce premier contact. Il est aussi très important qu'elle accompagne l'enfant au bain et au lit, et laisse une poupée, un animal ou quelque autre objet pour donner à l'enfant l'impression d'être en possession de quelque chose faisant partie de sa famille... Ainsi l'enfant et les parents ne se sentiront pas uniquement des numéros et apprécieront la gentillesse du personnel. »

Ainsi, pour conclure, accord général sur l'heureuse influence de la présence de la mère au moment de l'hospitalisation.

4. LE MEDECIN ET L'HOPITAL

Le Professeur LELONG pense que la visite systématique de lit à lit doit être maintenue chaque jour. Elle permet ainsi aux enfants un contact quotidien avec les médecins. Cependant le Professeur LELONG (32) met en garde contre « des discussions prolongées au lit du malade (qui), si elles peuvent être utiles à l'enseignement, risquent d'être dangereuses pour les enfants... Dans son travail sur les séquelles neuropsychiques de la méningite tuberculeuse DANON-BOILEAU a

cité de nombreuses observations où les enfants gardaient le souvenir des discussions autour de leur lit... ces enfants connaissent la signification des résultats de l'examen de leur liquide céphalo-rachidien. Bien d'autres détails leur permettaient encore de suivre l'évolution de leur maladie dans les discussions purement techniques des médecins. Cet exemple montre clairement le danger des conversations prolongées au lit du malade ».

Pour pallier cet inconvénient, le Professeur M. LELONG préconise des « réunions de synthèse » groupant les divers spécialistes coopérant ensemble. Le médecin « qui a la cervelle et le cœur pédiatrique sait éviter tout ce qui peut déclencher ou entretenir l'angoisse... Les soins inutilement douloureux seront proscrits : une véritable croisade est à entreprendre contre l'abus des traitements par piqûres ».

En fait le Docteur MENUT pense que ces réalisations ne sont pas toujours faciles : les médecins déjà très pris par leurs problèmes de technique médicale pure n'ont pas toujours — sinon l'esprit du moins le temps nécessaire pour envisager ce qui, à première vue, ne paraît être qu'un détail.

« L'idéal — pour A. HOTTINGER (25), de Bâle — serait que tout le monde soit payé pour un travail de plein-temps, malheureusement les moyens sont souvent restreints et les médecins obligés de faire de la clientèle en ville... »

5. LES PUERICULTRICES

Leur formation :

S. LEMAIRE et A. ROSSIER (31) ont fait un article sur ce sujet. Ils nous parlent de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris. Elle ne reçoit que des jeunes filles munies déjà d'un diplôme d'infirmière hospitalière, d'assistante sociale ou de sage-femme. La formation de ces puéricultrices dure un an. « Le programme comporte un enseignement théorique et pratique... la formation psychologique des puéricultrices n'est pas prévue au programme actuel mais nous paraît essentiel... sans doute une bonne

puéricultrice doit avoir la vocation... Elle doit aussi avoir certaines aptitudes psychologiques au travail qui l'attend, travail d'équipe particulièrement délicat, qui exige la coordination des efforts. »

Le Professeur M. LELONG et S. LEBOVICI (32) insistent sur la nécessité d'une formation psychologique, théorique et pratique du personnel infirmier. « Cette instruction doit comprendre l'étude du développement psychologique et affectif de l'enfant dans sa famille et ses différents milieux de vie. Cet enseignement, de l'avis de tous ceux qui ont tenté de le donner auprès du personnel infirmier en formation ou en fonction, devrait comporter une partie théorique très réduite. Il serait orienté, à partir de l'étude de cas concrets, vers l'élaboration des lois générales. »

Leur rôle :

Ces mêmes auteurs continuent : « Dans la plupart des grands hôpitaux... des infirmières compétentes et dévouées donnent les meilleurs soins aux enfants dont elles ont la charge. Elles connaissent leur détresse, lors des premiers moments de l'hospitalisation, et savent autant par intuition que par expérience les mots qu'il faut prononcer et les gestes qu'il faut faire pour consoler les enfants. Malheureusement, elles sont souvent en nombre insuffisant, sinon pour assurer les soins proprement dits, du moins pour s'occuper individuellement de chaque enfant... Un personnel infirmier de haute valeur technique est nécessaire pour assumer la continuité des examens et des soins. Il est important que ce personnel soit stable et ne soit pas exposé à de brusques mutations qui interdiraient à l'enfant de se fixer à une personne susceptible de lui rappeler l'image maternelle... Les infirmières devraient être assistées d'éducateurs et d'éducatrices chargés de s'occuper de l'éducation, de l'instruction et des loisirs des enfants hospitalisés. »

Le Docteur P. BERTOYE (5) insiste sur la nocivité des changements de puéricultrice. Il a remarqué à la Pouponnière de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, que ces changements se traduisaient sur la courbe de poids des enfants hospitalisés :

« Pour les enfants en dessous de un an en particulier, la progression du poids s'arrêtait pendant les 8 à 10 premiers jours du mois, alors que, les semaines précédentes, la courbe était régulièrement ascendante. L'enquête nous a montré que cela était dû à ce que les élèves puéricultrices changeaient au début de chaque mois. De ce fait, le nourrisson était obligé de s'habituer à une personne nouvelle, et pendant la période d'adaptation, la croissance pondérale demeurait stationnaire. »

Sur ces entrefaites, s'est ouverte, dans la même propriété, une nouvelle pouponnière de soixante berceaux. Les méthodes sont les mêmes que dans la précédente, mais le personnel est fixe. Au bout de 2 mois, la lecture de la courbe de poids des 48 nourrissons présents donnait pendant les 15 premiers jours du mois :

- 31 courbes ascendantes.
- 8 stationnaires ou en baisse par troubles digestifs,
- 9 stationnaires ou en baisse pour causes diverses.

Il n'y avait donc plus pour tous les enfants la baisse constante des premiers jours du mois. La stabilité du personnel avait suffi pour remédier à ce grave inconvénient d'un retard pondéral par choc affectif.

Dans le même esprit, le Docteur P. BERTOYE préconise la « standardisation rigoureuse de la technique des soins. Qu'il s'agisse de toilette, d'habillement, de repas, les puéricultrices doivent faire les mêmes gestes, suivant le même ordre, et dans les mêmes conditions ». On évite ainsi que la surprise et la crainte ne viennent bouleverser l'enfant dans son comportement affectif.

6. LES LOCAUX

Si les *boxes* individuels restent nécessaires pour les nourrissons et dans les cas de maladies contagieuses, l'organisation doit être telle que les enfants puissent se voir les uns les autres. Et le Professeur LELONG (32) d'ajouter que « pour les enfants plus âgés, le groupement de deux ou trois cas en de petites unités est souhaitable. L'idéal est que la chambre

d'hôpital rappelle l'atmosphère familiale. Les murs nus, les parois de verre doivent être évités. En tous cas, la chambre d'hospitalisation ne doit pas comprendre que le lit, la traditionnelle table de nuit et une éventuelle chaise. Il faut prévoir des tables pour que les enfants puissent écrire ou jouer, une ou deux chaises-longues pour qu'ils puissent s'y reposer. Au mur on pourra suspendre quelques tableaux, reproductions ou faire peindre de petites fresques. On pourra prévoir la place pour un appareil de radio : l'équipement en haut-parleurs ou en casques d'écoute est en effet peu satisfaisant pour les enfants.

» Dans l'ensemble ces services d'hospitalisation doivent concilier les nécessités de l'hygiène et de l'agrément. Le luxe y est inutile, voire même nuisible...

» Le service hospitalier ne peut plus d'ailleurs être réduit aux locaux d'hospitalisation et de nombreuses annexes sont indispensables : salle d'attente confortable pour les parents, nombreux bureaux individuels pour les médecins... Les enfants hospitalisés doivent pouvoir être aérés et l'utilité de vastes terrasses, bien orientées n'est plus à démontrer. Pour les enfants valides, il faut prévoir des terrains où des jeux en plein air peuvent être organisés. Des jardins agréables, de vastes pelouses sont nécessaires et remplaceront la cour pavée de l'hôpital ».

La réalisation de l'Hôpital Mémorial France-Etats-Unis de Saint-Lô (54) peut paraître intéressante à évoquer, par suite de l'originalité dont elle fait preuve. « Lorsqu'on approche de l'entrée de l'hôpital on découvre d'abord à droite une très grande mosaïque de Fernand Léger... C'est en couleurs pures, les plus vives et cela devient la clef de toute la polychromie extérieure et intérieure... Le trajet suivi par le visiteur à travers l'hôpital l'isole complètement des malades et du personnel, il ne verra ni les uns ni les autres jusqu'à la chambre qui est le but de sa visite. Il pénètre dans l'hôpital par des portes jaune citron situées au milieu d'un mur de claustras peint en rouge vermillon ; il traverse un couloir flanqué de jardins. Les murs de ce couloir sont en claustras

entièrement vitrés et peints en jaune citron. Il monte aux étages par des ascenseurs vert véronèse et est accueilli dans un foyer par un secrétaire d'étage dont le bureau a un mur rouge garance. Il attendra dans une pièce jaune citron. De là, il franchit un couloir gris clair dont le sol est couvert de dalles de caoutchouc beige et dont toutes les portes sont peintes en vert véronèse. Dans la chambre même du malade, se trouvent des couleurs chaudes au sol et sur le mur derrière la tête du lit alors que les autres murs portent des couleurs douces pour reposer les yeux. Chacun, malade et visiteur, se trouve baigné dans une ambiance colorée et vivante qui agit favorablement sur le moral et dont bénéficie largement le physique. »

7. ORGANISATION DU TEMPS DES ENFANTS

Dans ces hôpitaux aux aménagements si nouveaux, on ne saurait manquer de souhaiter un rythme de vie nouveau aussi pour les enfants.

G. BELLY, instituteur à Garches (3), s'est intéressé à « l'organisation de l'éducation dans l'hospitalisation prolongée des enfants ». Il note que dans la majorité des pays, il n'existe pas une école dans les hôpitaux accueillant des enfants sauf en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis.

Pourquoi l'école dans un hôpital est-elle nécessaire ? Par justice sociale, par souci de l'avenir : une interruption de deux mois dans les études à la suite d'une fracture d'un membre inférieur par exemple, entraîne la perte d'une année scolaire complète ; par nécessité de hâter la guérison, par souci de créer un cadre plus conforme aux besoins de l'enfant.

J.-P. BOEKHOLD, de Leyde (4), écrit « la collaboration du médecin, de l'infirmière et du pédagogue est évidemment une condition sine qua non pour l'organisation parfaite des loisirs... Les loisirs sont : des loisirs, une aide diagnostique, une aide thérapeutique. On pourrait dire en général que les loisirs se font avec ou sans jouets, que l'adulte qui crée un climat est un des éléments importants.

» Il y a intérêt à étudier les possibilités libératrices du matériel qui permettent à l'enfant de résoudre ses problèmes. L'eau, l'argile, la peinture à la brosse et avec les mains, les poupées représentant le médecin et l'infirmière, et des « substituts » pour les instruments médicaux et pour les soins, ont une grande valeur. On doit utiliser les possibilités que peuvent offrir la radio et la télévision, le jardin, la cuisine et l'atelier, les travaux ménagers...

» L'enfant qui est alité devrait pouvoir jouir de ses loisirs dans son lit. Il y a intérêt à développer le « climat » de la salle. Il faut prévoir l'espace pour pouvoir faire circuler le chariot avec le matériel. Il faut aménager le « terrain de jeu » sur des couvertures de sorte que l'enfant puisse jouer avec le matériel libérateur (argile, peinture, etc.). Il faut surtout la tolérance des infirmières; le nettoyage ne devrait pas être un obstacle. Il est très important d'avoir de l'espace pour permettre à l'enfant qui peut quitter son lit pendant peu de temps, de jouer couché ou assis sur un sol chauffé ».

G. FANCONI, de Zurich (20), ne semble cependant pas favorable au développement trop important des loisirs dans un hôpital où le plus grand nombre des enfants est atteint de maladies aiguës. « Je crains aussi qu'on ne fasse que faciliter la superficialité de nos enfants en organisant trop leurs loisirs. Les enfants de ville y sont surtout sujets : une impression chasse l'autre; ils ne peuvent pas se concentrer. C'est pourquoi j'ai grand peur d'introduire en particulier la télévision dans un hôpital d'enfants. Il faut toujours avoir présent à l'esprit que l'enfant qui quitte l'hôpital doit réintégrer son ancien milieu qui, parfois, est misérable. Ne court-on pas le risque qu'il ne puisse plus s'y adapter ? Lorsque j'ai visité les Kindergarten du célèbre professeur BISE AYA BARETTO, à Coïmbra, je me souviens d'avoir entendu cette critique : « Que feront ces pauvres enfants lorsqu'ils auront » quitté le paradis du Kindergarten et qu'ils devront rentrer dans leurs huttes ? »

» Pour éviter cet inconvénient il semble tout indiqué d'avoir recours à des activités éducatives. »

Le Professeur M. LELONG (32) donne un aspect plus nuancé du problème. « Le personnel éducatif spécialisé peut contribuer à l'éducation ou même à la rééducation des enfants ; il s'agit de les habituer à une vie régulière. Des règles de propreté corporelle pourront être acquises : lavage des mains avant les repas, brossage régulier des dents, douches et bains fréquents, etc. Les enfants plus jeunes seront habitués à manger seuls, à s'habiller eux-mêmes. Ainsi l'hospitalisation non seulement ne sera plus la source des traumatismes affectifs que nous avons signalés, mais pourra être à l'origine de certaines rééducations et réadaptations familiales et sociales. Les parents eux-mêmes pourront bénéficier de cette rééducation, soit indirectement, soit directement par des contacts personnels avec ces éducateurs. Dans de tels services les infirmières devraient être assistées d'éducateurs et d'éducatrices chargés de s'occuper de l'éducation et de l'instruction des enfants hospitalisés. »

Terminons toutes ces remarques par le souhait de beaucoup d'auteurs de voir éviter le plus possible les hospitalisations, que ce soit pour maladie bénigne ou examens complémentaires. Dans cet esprit bien des chefs de service désirent augmenter les consultations externes et le Professeur LELONG propose de développer « l'hospitalisation au domicile familial ». Cette formule a déjà été essayée avec succès dans certains pays.

CHAPITRE IV

REALISATIONS FAITES A CLERMONT-FERRAND DEPUIS JANVIER 1958 AU PAVILLON HACQUART

Inspiré par le souci de pallier les inconvénients de l'hospitalisation, des améliorations ont été apportées au Pavillon Hacquart à Clermont-Ferrand. L'acuité du problème a été accrue à l'automne 1957 à la suite de l'importante épidémie de poliomyélite ; ces malades occupaient la moitié du pavillon. Ils devaient encore l'occuper pour une longue durée puisqu'ils bénéficiaient sur place de traitement de rééducation fonctionnelle et que pour une admission dans une maison spécialisée il fallait compter avec des délais de six mois ou plus. Les premiers essais ont donc été faits avec des enfants chroniques ; nous espérons par la suite étendre et adapter ces transformations à des malades aigus.

Nous avons 22 enfants atteints de séquelles de poliomyélite dont 11 étaient d'âge scolaire. Parmi les moins de 5 ans : quelques nourrissons pour lesquels il fallait éviter les méfaits de l'hospitalisme, les autres avaient besoin de se distraire.

Qu'avons-nous fait ?

En premier lieu la demande d'une institutrice à M. l'Inspecteur d'Académie qui, malgré les difficultés actuelles de recrutement, a bien voulu détacher à l'hôpital

une personne de l'Enseignement primaire au mois de janvier 1958. Son travail était délicat. Elle seule pouvait organiser son emploi du temps en fonction des soins.

Au début de matinée : des bains et des massages.

A 11 heures, la visite des médecins dans les boxes.

Au début de l'après-midi, trois fois par semaine, les visites des parents de 13 à 16 heures. Finalement les journées étaient déjà bien occupées.

L'institutrice se trouvait aussi handicapée par le manque de livres scolaires, de cahiers, de salle de classe, par la maladie même des enfants : ceux qui avaient une atteinte de la gouttière vertébrale devaient coûte que coûte rester en position horizontale. D'autres avec une atteinte du deltoïde droit ou de tout le membre supérieur droit, étaient dans l'impossibilité d'écrire. Handicapée aussi, l'institutrice l'était par sa propre santé, puisque, ancienne malade, elle ne pouvait consacrer tout le temps voulu aux enfants.

L'institutrice disposait, l'après-midi, au centre de rééducation d'une grande salle au rez-de-chaussée du pavillon.

De grandes tables plates, utilisées le matin pour les exercices de rééducation fonctionnelle, permettaient aux enfants qui en avaient besoin, de rester étendus. Un tableau noir complétait le matériel de cette salle.

Le matin était consacré exclusivement aux deux plus grands, de 15 et 16 ans : l'un était en seconde moderne, l'autre avait été reçu à une école d'horlogerie. Ils recevaient des cours par correspondance, l'institutrice les aidait et les faisait travailler individuellement en leur laissant pour le cours de la journée quelques exercices de calcul ou quelque devoir de français qu'elle corrigeait le lendemain avec eux.

L'après-midi les plus jeunes — de 7 à 12 ans — se rendaient, cartable en main, au pavillon de rééducation ; ceux qui en avaient besoin étaient conduits en fauteuil roulant. La classe commençait à 14 heures. Parents et enfants avaient accepté volontiers de sacrifier une partie des visites. Les parents étaient heureux de cette initiative : une fois

le danger immédiat écarté, ils n'étaient pas sans s'effrayer un peu de cette année perdue au point de vue scolaire, d'autant que beaucoup d'enfants garderont un retard fonctionnel important qui ne facilitera pas leurs études.

Calcul, orthographe, exercice de rédaction se succédaient.

A 16 heures les enfants retournaient au service pour le goûter, les jeux, le dîner.

L'institutrice souhaitait que les enfants puissent avoir un moment avant 19 heures pour apprendre quelques leçons : nous n'avons pu le réaliser. Il faudrait une surveillance différente de celle des infirmières qui ont d'autres occupations que le travail scolaire des hospitalisés.

Une aide précieuse était apportée par une licenciée d'espagnol atteinte de séquelles motrices de méningite tuberculeuse et qui bénéficiait des traitements de rééducation fonctionnelle, mais au printemps 1958 elle partit au Centre de Saint-Cloud.

Mais sont venues les vacances de juillet 1958 : si l'institutrice s'en alla... les enfants, eux, restèrent. Leur nombre cependant avait diminué : une ou deux demandes pour les centres de Saint-Cloud ou Garches avaient été acceptées... d'autres pouvaient suivre un traitement à titre externe... et heureusement le début de l'été 1958 n'apporta pas de nouvelle épidémie.

Restaient encore nos enfants de 3 à 5 ans qu'il fallait distraire. Nos efforts se sont orientés vers eux en second lieu.

Il existe à Clermont-Ferrand une Ecole d'Educateurs qui place ses élèves en stage dans les différents établissements d'enfants de la ville. L'Hôtel-Dieu n'avait pas eu de stagiaires éducatrices. A la suite d'une demande faite par le service, il en vint une en janvier 1958. Elle devait rester avec nous pendant tout le second trimestre. Après son départ plusieurs stagiaires se succédèrent avec changement tous les mois, ce qui compliquait pour elles et pour nous.

Là encore, comme pour l'institutrice, elles étaient livrées à elles-mêmes. Toutes les initiatives d'organisation leur re-
venaient, toujours bien sûr en fonction des soins.

Il parut intéressant que cette éducatrice suive, le matin, les soins donnés aux enfants et apprenne ainsi de l'équipe des masseurs les mauvaises positions à éviter chez ces poliomyélitiques, chaque cas étant particulier. Il leur était ainsi facile de s'intégrer au personnel soignant.

La première éducatrice était une personne d'une trentaine d'années, et une certaine maturité semble en fait souhaitable pour le travail qui lui incombe, puisque — répétons-le — elle se retrouve seule de sa spécialité et doit prendre de nombreuses initiatives. Ce stage l'a beaucoup intéressée : souvent même présente en dehors de ses heures de service, elle a pu se rendre compte des besoins exacts des malades qui lui étaient confiés.

L'après-midi à 14 heures pendant que l'institutrice s'occupait des plus grands, elle prenait les petits, et alors ont commencé toute la série des découpages, objets en pâte à modeler, etc.

A 16 heures, après le goûter, elle organisait les travaux manuels des plus grands et l'on jugeait le lendemain du travail de la veille sur les objets de tissage, de décoration qui ornaient les tables de nuit : petits chevaux en paille, ronds de serviette, etc.

Très souvent l'éducatrice assistait au repas des enfants à 17 heures et s'en occupait encore séparément dans chaque boxe avant 19 heures.

En dehors des polio, elle voyait aussi les enfants en période de convalescence dont l'état ne réclamait plus un repos total.

Là aussi, les vacances interrompirent... Pour l'année 1958-1959 il doit venir une éducatrice en stage pour toute l'année. Peut-être, obtiendrons-nous après une éducatrice affectée au service.

CHAPITRE V

PROJETS

Reprenons les différents points envisagés dans les chapitres concernant l'organisation du service de Clinique Médicale Infantile de Clermont-Ferrand et voyons les améliorations souhaitées pour :

1. les locaux,
2. le Personnel hospitalier,
3. l'hospitalisation,
4. les visites des parents,
5. les rapports médecin-parents,
6. l'occupation des enfants.

1. LOCAUX

Aux bâtiments actuels du service il faudrait l'adjonction d'un certain nombre de locaux :

— une salle réservée à la réception des enfants où aurait lieu l'examen d'entrée. Salle aussi accueillante que possible dans un style qui ne rappellerait pas celui de l'hôpital : peintures murales représentant les personnages de l'univers des enfants : Mickey, Tintin et Milou... Les tableaux semblent contre-indiqués : leur poussière peut être source d'infection. Hormis la table d'examens, des meubles familiers plutôt que des casiers de bureaux. Pour compléter, des animaux en peluche ou en caoutchouc.

— Une salle de pansement réservée uniquement aux soins.

— Nécessité enfin de rendre accueillante la salle où attendent les familles qui désirent, le matin, parler aux médecins. Quelques revues traitant d'éducation. Murs décorés d'affiches genre S.N.C.F. ou exposition de peintures.

2. PERSONNEL HOSPITALIER

a) INFIRMIÈRES

Nombre des infirmières et des puéricultrices.

Selon les expériences du Docteur P. BERTOYE (5) une personne pour quatre nourrissons est un minimum, une pour deux serait l'idéal.

Nous sommes évidemment loin de ces chiffres ! Disons que le service n'étant pas réservé aux nourrissons mais aux enfants jusqu'à 16 ans, le nombre de puéricultrices pourrait être réduit.

Insistons aussi sur la nécessité de maintenir les mêmes puéricultrices auprès des mêmes enfants. Pour diminuer les inconvénients des changements indispensables, le Docteur BERTOYE (5) préconise la « standardisation rigoureuse de la technique des soins » : les puéricultrices effectuent toujours dans le même ordre les mêmes gestes au cours d'une journée dans les soins donnés aux nourrissons.

L'enseignement des infirmières.

Quelques cours sur la psychologie de l'enfant sont faits chaque année aux élèves infirmières ; parfois avec des films (ainsi en 1957 le film sur la « Carence des soins maternels » de Mme AUBRY ; en 1958 : sur « les difficultés du sevrage ». Mais le Docteur MENUT, chargé de ces cours, pense qu'il ne faut pas se faire d'illusion sur leur intérêt réel. Certes, les élèves-infirmières sont en général intéressées par le sujet, surtout que, jeunes encore, elles peuvent y retrouver des problèmes personnels ou familiaux. Mais de là à penser que

ces cours plus ou moins théoriques puissent modifier d'une façon approfondie et prolongée le comportement ultérieur de ces infirmières, il y a un grand pas qu'il paraît imprudent de franchir trop vite. En fait l'infirmière se heurte à des difficultés personnelles plus qu'à un manque de formation intellectuelle. Une infirmière capable de faire un bon cours sur la psychologie de l'enfant ne serait pas forcément une infirmière parfaite dans ses relations réelles, « existentielles » avec les enfants et avec leur famille. Aussi le Docteur MENUT aurait-il tendance à penser qu'il est plus utile de présenter ces problèmes dans le cadre de cours de perfectionnement d'infirmières déjà en place plutôt que dans le cadre d'instruction d'élèves-infirmières de 18 à 20 ans.

Il envisage, dans cet esprit, de réunir les élèves de l'Ecole de Puériculture et de faire avec elles un échange de vues sur la question.

b) L'INSTITUTRICE ET LES EDUCATRICES

L'*institutrice* nommée l'an dernier continue à venir régulièrement. Elle a depuis peu à sa disposition une salle spéciale, avec matériel scolaire traditionnel : des livres et des cahiers ont été fournis aux enfants.

Pour compléter l'enseignement donné par l'*institutrice*, les parents clermontois pourraient venir chaque soir après 17 heures faire travailler leur enfant et même quelques autres du même âge.

Les éducatrices.

Nous espérons avoir d'ici peu une éducatrice attachée au service: Elle reprendra les activités déjà commencées l'an dernier par les stagiaires et pourra aussi s'occuper de la formation des éducatrices stagiaires : organiser leur travail dans le service et les initier à leur métier.

c) LES MÉDECINS

Que penser des projets de médecins plein temps dans les hôpitaux ? Le problème dépasse de beaucoup le cadre de ce travail. Et que nous le souhaitions ou non sur le plan local, il sera résolu à l'échelle nationale.

En attendant peut-être une autre solution, il serait bon d'utiliser pour le mieux les possibilités actuelles : en particulier la mise au point des observations et le développement des réunions de synthèse.

Pour qu'une observation soit valable, il faut qu'elle soit mise à jour par l'externe sous la dictée des patrons. Les risques d'erreurs sont trop grands si on laisse à l'externe le soin de faire le résumé des discussions. Les observations tenues de cette façon seraient utilisables pour des réunions de synthèse groupant les différents spécialistes qui se sont occupés du même cas.

C'est l'organisation que nous avons vue et admirée dans le service du Professeur M. LELONG.

Terminons par deux détails :

Une salle de bibliothèque serait peut-être à prévoir où les médecins pourraient consulter revues et livres médicaux. La même salle servirait aux réunions amicales.

3. L'HOSPITALISATION

a) ADMISSION

La présence d'une personne chargée de l'accueil n'est guère souhaitable. L'obligation où elle serait d'abandonner les enfants, une fois l'admission faite, accroîtrait leur dépaysement. Il paraît plus normal que la puéricultrice qui sera chargée de l'enfant soit là pour les premiers contacts avec lui.

Sommes-nous très partisans de laisser la mère passer la première journée auprès de son enfant ? Ces contacts souvent accentuent les difficultés mère-infirmière. Nous pensons d'ailleurs que pour toute une catégorie d'enfants, il vaut mieux couper d'un seul coup les liens. Pour les autres, tout est question de cas particuliers... mais il est difficile d'accorder des permissions à certaines mères sans que les autres ne se considèrent comme lésées.

Redisons que les admissions, en dehors des cas urgents, devraient toutes avoir lieu l'après-midi, moment plus calme pour les infirmières.

Dans la mesure du possible aussi, l'enfant devrait avoir visité les lieux et pris contact avec les infirmières au préalable. Il n'irait plus vers un inconnu qui lui fait peur et augmente son angoisse.

b) HOSPITALISATION MÈRE-ENFANT

Rappelons l'opinion du Professeur LELONG au sujet de l'hospitalisation des mères avec leurs enfants : « L'admission de la mère devrait être possible sur prescription médicale, c'est-à-dire chaque fois qu'elle apparaît au médecin comme ayant la valeur d'une mesure thérapeutique utile au rétablissement physique et moral de l'enfant. »

Cette limitation de l'hospitalisation des mères semble une indispensable mesure de prudence. Comment cacher notre étonnement devant l'absence de difficultés rencontrées par les partisans de l'hospitalisation de toutes les mères qui le désirent ? Des difficultés existent cependant ; nous voudrions les envisager maintenant.

Sans parler des mères qui se croiraient obligées de rester pour faire comme tout le monde, il en est d'autres auxquelles l'hospitalisation pèserait pour des raisons infiniment plus complexes et plus respectables. Les unes, conscientes de leur inexpérience et de leur propre inutilité, préféreront laisser la place à des techniciens plus compétents. Pour d'autres, interviendra le désir de fuir devant une anxiété devenue intolérable. Attitude bien compréhensible. Les jours précédents, la mère a fait face à cette anxiété, dans la mesure où elle avait la responsabilité entre les mains et où elle agissait. Elle ne peut plus la supporter avec l'impression de l'inutilité de sa présence. Pour ces dernières, risque de se créer un complexe de culpabilité, si elles quittent leur enfant. Et pourtant leur présence n'est souhaitable ni pour elles, ni pour les autres. Le médecin doit pouvoir intervenir et expliquer la nécessité du départ en s'appuyant sur le règlement.

D'autres inconvénients à hospitaliser les mères proviendront de la maladie même de l'enfant. S'il s'agit d'un cas simple, banal, chronique ou mise en observation qui ne pose

pas de problèmes délicats, là alors la mère peut être présente sans gêner les soins. Elle peut distribuer elle-même de nombreux petits soins dont elle s'acquittera sans doute mieux que l'infirmière : changer l'enfant, prendre la température, aérer la chambre... et encore attachera-t-elle souvent trop d'importance à des détails qui n'en ont pas autant qu'elle le croit comme le minutage précis des biberons ou la distribution des médicaments. S'il s'agit de cas graves qui nécessitent une surveillance minutieuse où des techniques délicates sont mises en œuvre, deux cas sont à distinguer :

Ou bien la mère est compréhensive, peu conflictuelle, non attachée de façon névrotique à son enfant, on a intérêt alors à organiser le travail de la mère en lui faisant faire les petits soins, pour l'occuper et l'empêcher de s'inquiéter outre mesure ;

Ou bien la mère est affectivement peu équilibrée et il vaut mieux l'écarter. Elle ne serait là que pour compliquer les soins.

Mais qu'il s'agisse de cas graves ou non, nous ne saurions trop insister sur le retentissement qu'aura la présence de la mère sur le comportement de l'infirmière et de l'enfant.

Nous avons déjà fait allusion précédemment aux relations affectives entre la mère et les infirmières. La mère peut avoir tendance à accepter difficilement celle qui se substitue à elle, et peut devenir jalouse plus ou moins consciemment. En présence de la mère, l'infirmière, qui n'est pas sans connaître ce phénomène, n'a plus son naturel habituel envers l'enfant ; elle peut être amenée ainsi à des excès d'attentions et de caresses ou au contraire à des excès d'agressivité.

Les deux attitudes, pour des raisons différentes, déplaisent aux mères. Si l'on voulait s'en convaincre davantage, il suffirait d'observer ce qui se passe en clinique, il faut bien reconnaître que tout n'y est pas facile et que les revendications sont encore plus fortes qu'à l'hôpital.

De même le comportement de l'enfant est changé en présence de sa mère : il crie davantage pour les piqûres ; et pour peu que sa mère ait l'air plus faible que l'infirmière, qu'elle se permette une réflexion désobligeante, l'enfant devient fort désagréable pour les soins suivants. Dans ce « trio » mère-enfant-infirmière, l'enfant alternativement pris comme arbitre de l'attitude des deux adultes qui l'entourent, est dérouté et souffre de leur désaccord.

Concluons sur l'avis du Professeur LELONG qui affirme : « Les modalités réactionnelles du couple mère-enfant sont variables à l'infini ; elles dépendent à la fois de la qualité de la mère et de l'enfant et de leurs réactions affectives. »

Il est donc nécessaire de régler les hospitalisations des mères avec leurs enfants, selon les cas particuliers, et de laisser le médecin juge de leur utilité.

4. VISITES DES PARENTS

Nous avons vu que tous les auteurs sont d'accord pour ne pas limiter les visites à des heures fixes, une ou plusieurs fois par semaine ; pour maintenir des contacts fréquents entre les enfants et leur famille, pour éviter de grouper au même moment trop de personnes dans le service.

Éliminons les cas où les visites sont interdites par mesure thérapeutique.

Dans les autres cas les visites pourraient être fixées pour une personne à la fois et pour une courte durée de 13 à 20 heures. L'interdiction des visites le matin nous paraît à maintenir sauf dans ces cas particuliers ; pour des raisons d'ordre affectif nous ne tenons pas à ce que la mère soit présente pendant les soins et la visite.

Nous souhaitons aussi que père, parents proches, petits camarades puissent venir. Mais tout ceci dépend de nombreux facteurs ; il est naturel d'être plus rigoureux dans la réglementation des visites en période d'épidémie de rougeole, coqueluche, varicelle, grippe. Encore le problème des épidémies est-il différent s'il s'agit d'un enfant de 3 mois

ou d'un enfant de 13 ans. Différent aussi si le malade (par exemple une forme respiratoire de poliomyélite) est sensible à la moindre petite affection supplémentaire d'ordre rhinopharyngé ou respiratoire.

5. RAPPORTS MEDECIN-PARENTS

Les médecins de l'hôpital doivent toujours se garder un moment pour donner des nouvelles aux parents. Les familles aiment que ces nouvelles soient données par le médecin lui-même. Prévoir un moment tous les jours nous paraît intéressant dans la mesure où nous avons tout de même souvent des malades dont l'évolution varie beaucoup en une journée.

A quelle heure ? A une heure précise en essayant de ne pas faire attendre trop longtemps les familles.

Il serait intéressant de profiter de l'hospitalisation d'un enfant pour permettre aux mères de poser un certain nombre de questions relatives à l'éducation de leurs enfants. Nous avons beaucoup de familles de paysans qui ont peu de moyens de renseignements valables. Cependant elles ne manquent pas de bonne volonté mais ne voient pour soigner leurs enfants que des omni-praticiens qui sont moins centrés sur ces questions que les pédiatres. Nous voulons parler de l'attitude à avoir par exemple devant l'enfant qui suce son pouce, est énurétique, etc.

C'est plutôt le rôle d'une consultation de psycho-pédagogie, mais nous savons bien que même s'il y en avait une, beaucoup de mères n'y conduiraient pas leur enfant et n'iraient pas y demander conseil. Tout ceci demande beaucoup de temps !...

6. OCCUPATIONS DES ENFANTS

Travail scolaire.

Pour les enfants d'âge scolaire, l'après-midi est consacré en grande partie au travail.

Jeux.

Les jeux doivent répondre en particulier aux besoins qu'ont les enfants d'abréagir leur agressivité. C'est dans ce sens qu'en doit chercher l'intérêt des revolvers, des trousses à piqûres et des séances de guignol représentant médecins et infirmières.

Cette libération de l'agressivité est nécessaire pour éviter d'aboutir chez les enfants hospitalisés à des comportements anormaux : rechute de l'énurésie, onycophagie. Remarquons qu'il ne faut pas trop se heurter à la succion du pouce chez l'enfant hospitalisé qui s'ennuie et retrouve « sa consolation » dans cette régression affective.

Toujours en ce qui concerne les jeux, l'enfant a un réel besoin de « tripoter » de l'eau, de la terre, voire des saletés. Reconnaissons qu'il en éprouve un véritable plaisir qui semble bien correspondre à des tendances et à des besoins profonds de sa personnalité. C'est pourquoi il est intéressant de le laisser s'amuser dans son bain, de lui procurer de la pâte à modeler pour jouer à l'intérieur et du sable dans le jardin. Il ne faudrait pas oublier les poupées qui permettent de créer un substitut maternel.

CONCLUSIONS

1° A la suite des progrès importants réalisés par la médecine infantile depuis le début du siècle, les pédiatres ont été amenés à se préoccuper de l'aspect psychologique des hospitalisations d'enfants. Les recherches psychanalytiques récentes ont permis de mieux connaître la psychologie de l'enfant et de mettre l'accent sur les troubles provoqués par l'hospitalisme chez les enfants jeunes surtout entre 6 mois et 2 ans.

2° Pour parer à ces inconvénients, les pédiatres français et étrangers ont préconisé pour les nourrissons l'accroissement numérique d'un personnel spécialisé qui permette de donner un substitut maternel valable à chaque enfant ; certains pédiatres proposent l'hospitalisation mère-enfant, mais tous sont unanimes pour souhaiter un régime élargi et mieux adapté des visites, la préparation de l'enfant à l'hospitalisation, l'organisation des loisirs et même du travail scolaire des enfants.

3° Amenée par la lecture de ces travaux à nous intéresser à cette question sur le plan local, nous avons observé ce qui se passait dans le service de Clinique Médicale Infantile de Clermont-Ferrand. L'état de choses antérieur subsiste encore dans le service puisque les améliorations apportées en 1957-1958 l'ont été spécialement pour les poliomyélitiques : une institutrice et une éducatrice ont été affectées au service.

4° Restent encore à prévoir :

une salle accueillante pour les admissions, une salle d'attente pour les familles ;

un personnel hospitalier stable et en nombre suffisant ;
des infirmières documentées sur la psychologie des enfants
et surtout personnellement équilibrées ;

des admissions faites dans le calme, de préférence l'après-midi et par la puéricultrice qui sera ultérieurement chargée de l'enfant ;

des hospitalisations de mères réservées à des cas particuliers pour éviter les conflits possibles entre mère et infirmière ;

des horaires de visite plus larges ;

des heures précises de rencontre parents et médecins ;

le développement des occupations scolaires pour les enfants et des jeux susceptibles de leur permettre de libérer leur agressivité.

BIBLIOGRAPHIE

(1) AUBRY J. — La carence des soins maternels. — *Presses Universitaires de France*.

(2) BAKWIN H. — Hospital care of infants and children (soins hospitaliers pour nourrissons et enfants. — *Pédiat.*, 1951, 39, pp. 383-390.

(3) BELLY G. — Organisation de l'éducation dans l'hospitalisation prolongée des enfants. - Les Hôpitaux d'enfants : Séminaire de Juin 1956 à Paris. — *Revue de l'Assistance Publique*, N° 45, Janvier-Février 1957.

(4) BOEKHOLD J. P. — Organisation des loisirs. - Les hôpitaux d'enfants : séminaire de juin 1956 à Paris. — *Revue de l'Assistance Publique*, n° 45, janvier-février 1957.

(5) BERTOYE P. — Le comportement psychique des nourrissons placés en pouponnière. — *Annales de Pédiatrie*, n° 60, 22 juin 1957.

(6) BOUTONIER J. — La vie en établissement de cure est-elle favorable à l'évolution de la personnalité de l'enfant ? — *Maisons d'enfants de France*, Grenoble, 1956, 6, n° 24, octobre, pp. 36-39.

(7) BOUTONIER J. — Education, enseignement et loisirs dans les sanatoriums et préventoriums pulmonaires, aériums et maisons de repos à caractère sanitaire. - Aspect psychologique. — *Congrès de Mégève*, 18-19-20 septembre 1951.

(8) BOUTONIER J. — Le jeune enfant à l'âge préscolaire. — *Semaine des Hôpitaux*, juin 1950, n° 47, pp. 2258.

(9) BOWLBY J. — Research strategy in the study on mother child separation. — Centre International de l'Enfance. — *Courrier* 54, IV, 3.

(10) BOWLBY J. — Soins maternels et santé mentale. — *Monographies de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n° 2, Genève, 1951.

(11) BOWLBY J., ROBERTSON J. et ROSENBLUTH D. — A two year old goes to hospital. — *Child Family Digest*. New Orleans, 1956, 14, n° 1, January, pp. 21-35.

(12) BOWLBY (J.). — The effects of mother child separation; a follow up study. — *The British Journal of Medical Psychology*, London, 1956, 29, n° 3-4, pp. 211-247.

(13) CAPES Mary. — The child in hospital. — *Organisation Mondiale de la Santé, Bulletin*, Genève, 1955, 12, n° 3, pp. 427-470.

(14) CORNUT P. — Le climat affectif et l'hygiène psychomotrice en pouponnière. — *Revue d'Hygiène et de Médecine sociale*, Paris, 4, n° 5, juillet-août, pp. 468-479.

(15) DANON-BOILEAU H. — Les séquelles neuro-psychiques de la méningite tuberculeuse. — *Thèse médecine*, Paris, 1952.

(16) DAVID Myriam, ANCELIN Jacqueline et APPEL Geneviève. — Etude d'un groupe d'enfants ayant séjourné pendant un mois en colonie maternelle. — *Informations sociales*, Paris, 1957, 11, n° 8, septembre, pp. 825-893.

(17) DEBE R., MOZZICONACCI, DOUMIC. — Etude psychosomatique de l'anorexie nerveuse. — *Semaine des Hôpitaux*. — Paris, n° 11, 10 février 1950, pp. 454-455.

(18) DUBLINEAU. — Les grandes crises de l'enfance. — Plon éditeur, 1947.

(19) EDELSTON H. — Separation anxiety in young children, — *Genetic Psych. Monop.* 1943, 28.

(20) FANCONI G. — L'Equipe pédiatrique. Liens avec des spécialistes à l'intérieur et à l'extérieur du service. — *Les Hôpitaux d'enfants - Séminaire juin 1956*. — *Revue de l'Assistance Publique à Paris*, n° 45, janvier-février 1957

(21) FAUST O. A. — Reducing emotional trauma in hosp. children. — Report of depart. of *Pédiatrie Albony, Med. Collo.* NY 1952.

(22) FREUD A. et BURLINGHAM D. — Enfants sans famille. — *Presses Universitaires de France*, 1946.

(23) GRAFFAR M. et SAND E. — Les dangers de l'hospitalisme des jeunes enfants. — *Le Service Social*, Bruxelles, 1954, 32^e ann., n° 4, juillet-août, pp. 176-190.

(24) HEUYER, KOUPERNIK, LEOVICI S. — Inconvénients des placements en préventorium. — *Pédiatrie IV*, 3, 1951.

(25) HOTTINGER A. — Hospitalisation des enfants de trois à quinze ans et organisation d'un hôpital d'enfants. — *Les Hôpitaux d'enfants*. — *Séminaire juin 1956*. — *Revue de l'Assistance Publique*, Paris, n° 45, janvier-février 1957.

(26) LANÇON M. — Education sanitaire des mères. — *Pédiatrie*, tome X, n° 7, 1955.

(27) LAUNAY Cl. — Carence des soins maternels dans la petite enfance. — Les carences du premier âge. — *Comité National de l'Enfance*, 3 octobre 1955.

(28) LAUNAY Cl. — Carence des soins maternels dans la petite enfance. — *Semaine Médicale*, Paris, 1956, 32, n° 16, 30 avril, pp. 537-548.

(29) LAUNAY Cl. — Sur l'hospitalisme et la carence des soins maternels dans la petite enfance. — *Gazette Médicale de France*, Paris, 1956, 63, n° 4, 25 février, pp. 291-301.

(30) LAUNAY Cl. — Aspect médico-social des problèmes de la vie collective dans les établissements de cure pour enfants et adolescents. — Congrès de Mégève, 1951.

(31) LEMAIRE D. et ROSSIER A. — Formation des puéricultrices et du personnel hospitalier. — Les Hôpitaux d'enfants. — Séminaire juin 1956, Paris. — *Revue de l'Assistance Publique*, n° 45, janvier-février, 1957.

(32) LELONG M. et LEBOVICI S. — Problèmes psychologiques et psycho-pathologiques posés par l'enfant à l'hôpital. — *Archives Françaises de Pédiatrie*, tome XII, n° 4, 1955, 349-367.

(33) LELONG M. — Problèmes psychologiques posés par l'hospitalisation de l'enfant. — Les Hôpitaux d'enfants. — Séminaire juin 56 Paris, *Revue de l'Assistance Publique*, n° 45, janvier-février 1957.

(34) LOWENFELD M. — Children in hospital. — *The Lancet*, London, 1957, n° 6982, 22 June, pp. 1303.

(35) LOWYS. — L'éducation en sanatorium d'enfants. — Congrès de Mégève, 1951.

(36) MAC KEITH R. — Children in hospital : Preparation for operation (Les enfants à l'hôpital : préparation aux opérations). — *Lancet*, 1953, 2, pp. 843-845.

(37) MARTIN DU PAN R. et ROTH S. — The psychologic development of a group of children brought up in a hospital type residential nursery. — *The Journal of Pediatrics*, St Louis, 1955, 47, n° 1, July, pp. 124-129.

(38) MONCRIEFF A. A. et WALTON A. M. — Visiting children in Hospital (Les visites pour les enfants à l'hôpital). — *Brit. Med. Inf.*, 1952, 1, pp. 443-447.

(39) ORDWAY N. K. — Organisation des services de nouveau-nés et de nourrissons. — Les Hôpitaux d'enfants. — Séminaire juin 56, Paris. — *Revue de l'Assistance Publique*, n° 45, janvier-février 1957.

(40) PELISSON S. — Guérir, distraire, éduquer, telle est la devise choisie par le Centre Héliothérapique de Font-Romeu. — *Réadaptation*, Paris, 1954, n° 7, janvier, pp. 27-28.

(41) PICHON E. — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. — Masson, 1936.

(42) ROUDINESCO J. et APPEL G. — Les répercussions de la stabulation hospitalière sur le développement psycho-moteur des jeunes enfants. — *Semaine des Hôpitaux*, n° 47, 26 juin 1950.

- (43) SAND E. — L'enfant à l'hôpital. — *L'Enfant*, Bruxelles, n° 3, mai-juin 1955, pp. 203-224.
- (44) SPITZ R. — La contrainte émotionnelle et ses conséquences. — *Revue pratique de Psychologie de la Vie sociale et d'Hygiène mentale*, Clermont-Ferrand, 1956, n° 2, pp. 41-46.
- (45) SPITZ R. — Observations directes du nourrisson pendant la première année. — *Revue Française de Psychologie*, déc. 1954.
- (46) SPITZ R. — Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions. — *Psychoanalytic Study of the child*, 1945, 1, pp. 53-74.
- (47) SPITZ R. — La perte de la mère par le nourrisson. — *Enfance*, nov.-déc. 1948, pp. 373-391.
- (48) TROUBAT Edith. — Le développement psychologique de l'enfant mis à l'ordre du jour à la pouponnière pour nourrissons débiles de la Croix-Rouge à Saint-Cyr au Mont-d'Or. — *Revue de l'Econome*, Paris, 1957, 23, n° 259, février, pp. 232-235.
- (49) THEVENIN L. et DENIS M. — Troubles psychosomatiques du jeune enfant séparé de sa mère. — *Pédiatrie*, Lyon, 1956, 11, n° 5, pp. 610-612.
- (50) L'Enfant à l'hôpital. — *Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé*, vol. IX, 1, janvier, 1955, pp. 6-11 (Résumé du Congrès de Stockholm, 2-11 sept. 1954).
- (51) L'Enfant à l'hôpital. — *Journal de Médecine*, Lyon, 1955, 38, n° 840, 5 janvier, pp. 26-28 (Résumé du Congrès de Stockholm 2-11 sept. 1954).
- (52) Children in hospital (Staff Meeting at the Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden...). — *The Journal of Pediatrics*, St Louis, 1955, 46 n° 4, April, pp. 458-472.
- (53) Si l'enfant échoue à l'hôpital (conclusions des experts du Groupe International d'Etudes de Stockholm). — *Les Cahiers de l'Enfance*, n° 11, novembre 1954, 2, pp. 51-55.
- (54) Les Hôpitaux d'enfants. — Séminaire organisé du 7 au 9 juin 1956 à Paris ; Centre International de l'Enfance. — *Revue de l'Assistance Publique*, Paris, 1957, 8, n° 45, janvier-février, numéro spécial, pp. 11-189.
- (55) L'enfant à l'hôpital. Transformer une institution impersonnelle en un foyer, renforcera le sentiment de sécurité chez l'enfant et hâtera sa guérison. — *La Santé de l'Homme*, Paris, 1954, n° 86, septembre-octobre, pp. 149-150.
- (56) Groupe d'études sur l'enfant hospitalisé, Stockholm, 2-11 septembre, 1954. — The child in hospital. — *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1955, n° 12, pp. 427-470.
- (57) Colloque sur les enfants privés de famille. — Londres, IV, 52, in *Courrier*, vol. 3, 53, p. 3, P.I.E.
- (58) The care of children in hospital. — Rapport à l'Académie Américaine de Pédiatrie. — *Pediatrics*, octobre 1954.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
I. JUSTIFICATION DU TRAVAIL	17
Conclusions des travaux.	
Age où l'hospitalisation est la plus nuisible.	
II. LE SERVICE DE CLINIQUE MEDICALE INFANTILE DE CLERMONT - FERRAND AVANT LES ESSAIS DE 1957-1958 AU PA- VILLON HACQUART	25
1. Organisation du service :	
Locaux.	
Personnel hospitalier.	
1) Infirmières.	
2) Médecins.	
2. Hospitalisation.	
3. Visites des parents.	
4. Nouvelles données aux familles.	
5. Sortie.	
III. AMELIORATIONS PROPOSEES PAR DIFFE- RENTS AUTEURS POUR LEURS SERVICES D'ENFANTS EN FRANCE ET A L'ETRANGER	37
1. Hospitalisation mère-enfant.	
2. Les visites des familles.	
3. Préparation à l'hospitalisation.	
4. Le médecin et l'hôpital.	
5. Les puéricultrices :	
Leur formation.	
Leur rôle.	
6. Les locaux.	
7. Organisation du temps des enfants.	
Ecole.	
Loisirs.	

IV. REALISATIONS FAITES A CLERMONT-FERRAND DEPUIS JANVIER 1958 AU PAVIL-LON HACQUART	51
Institutrice.	
Educatrice.	
V. PROJETS	55
1. Locaux.	
2. Personnel hospitalier :	
a) Infirmières	
b) Institutrice et éducatrices	
c) Médecins	
3. Hospitalisation :	
a) Admission.	
b) Hospitalisation mère-enfant.	
4. Visites des parents.	
5. Rapports médecin-parents.	
6. Occupation des enfants.	
VI. CONCLUSIONS	65

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
LELONG

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

